

FACULTAD DE EDUCACIÓN

**MASTER UNIVERSITARIO EN APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA
VIDA: INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN**

**Red Aragonesa de Escuelas Promotoras
de Salud: Evaluación, Barreras y
Propuestas de mejora percibidas por los
agentes que la integran**

Trabajo Fin de Master

Curso 2018/2019

Autor

Javier Rodrigo Sanjoaquín

Directora

Berta Murillo Pardo

Resumen

El número de Escuelas Promotoras de Salud se ha visto incrementado en los últimos años, especialmente en nuestra comunidad autónoma. El objetivo del estudio fue conocer las barreras y propuestas de mejora sobre la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS). En la investigación participaron 12 expertos en promoción de la salud procedentes de Huesca y Zaragoza. Se realizaron dos grupos de discusión bajo un diseño de Investigación-Acción Participativa. La falta de políticas específicas, la escasez de recursos humanos y la relación con la comunidad emergieron como las principales barreras, mientras que la formación en promoción de la salud fue la principal propuesta de mejora. Estos resultados sirven como punto de partida para mejorar el funcionamiento de la RAEPS.

Palabras clave

Escuelas promotoras de salud, educación para la salud, evaluación, barreras, investigación cualitativa.

Abstract

The number of Health Promoting Schools has increased in recent years, especially in our region. The objective of the study was to know the barriers and proposals for improvement on the Aragonese Network of Health Promoting Schools (RAEPS [spanish acronym]). The research involved 15 experts in health promotion from Huesca and Zaragoza. Two discussion groups were conducted under a Participatory Action Research design. The lack of specific policies, the scarcity of human resources and the relationship with the community emerged as the main barriers, while training in health promotion was the main proposal for improvement. These results serve as a starting point to improve the operation of the RAEPS.

Keywords

Health promoting school,, health education, evaluation, barriers, qualitative research.

Índice

PRIMERA PARTE: Fundamentación Teórica

1. Introducción.....	3
1.1 Problema/cuestiones de investigación.....	3
1.2. Revisión de la literatura.....	3
1.3. Propósito.....	13

SEGUNDA PARTE: Estudio Empírico

2. Método.....	15
2.1. Participantes.....	15
2.2. Instrumentos.....	15
2.3. Procedimiento metodológico.....	16
3. Resultados.....	26
3.1. Resultados generales.....	26
3.2. Resultados específicos.....	31
4. Discusión.....	43
5.Conclusiones.....	48
6. Referencias.....	49

ANEXOS

7.1. Temporalización.....	57
7.2. Guion grupo de discusión.....	58
7.3. Carta a los colaboradores.....	61
7.4. Transcripciones grupos de discusión.....	63

PRIMERA PARTE: Fundamentación Teórica

1. Introducción

1.1. Problema/cuestiones de investigación

En los últimos 10 años, el número de Escuelas Promotoras de Salud (EPS) en Aragón ha experimentado un gran incremento, llegando a alcanzar 178 centros educativos entre Educación Primaria y Secundaria. Este hecho supone que al Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES) cada vez le resulta más difícil supervisar de forma individualizada a los centros pertenecientes a la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS). Además, no están del todo claro los efectos que las EPS generan en los hábitos saludables del alumnado o qué intervenciones están llevando a cabo y si estas son eficaces o no. Por todos estos motivos, se hace necesaria una revisión del estado actual de la red en cuanto a su funcionamiento, implementación, evaluación, comunicación de resultados y propuestas de mejora.

En este estudio se ha pretendido conocer de una forma más profunda y compleja la realidad existente en las escuelas promotoras de salud, en base a la literatura consultada y a las percepciones recopiladas por los principales agentes que la integran, los cuales aparecerán descritos posteriormente en el método.

1.2. Revisión de la literatura

1.2.1. Escuelas promotoras de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Europea y el Consejo de Europa desarrollaron en la década de 1980 el concepto de EPS. Este término se originó para englobar algunos de los principios fundamentales recogidos en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, publicada en 1986 por la OMS. A través de esta carta, se señaló que las escuelas se configuran como un espacio idóneo para promover los hábitos saludables y la salud, no solo en el alumnado sino también en toda la comunidad educativa.

Entre los años 80 y 90 se pusieron en práctica los primeros ejemplos de programas escolares de salud: EPS en Europa y América, “Coordinated Health School” en EE.UU y “Comprehensive School Health” en Canadá. Sus propuestas registraban desde la práctica

regular de Actividad Física (AF), hasta un enfoque más activo de las clases de Educación Física (EF).

Concretamente, en 1991 surgió la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) a la que se incorporaron más de treinta países con, al menos, diez escuelas con programas piloto sobre promoción de la salud. El objetivo de esta red era fomentar estilos de vida saludable en la población escolar (OMS, 1993). Según la literatura existente, parece conveniente promover estos comportamientos desde la niñez, debido a que los comportamientos relacionados con la salud que se adquieren en estas primeras edades tienden a perdurar en la etapa adulta (Telama et al., 2014).

En 2007, la REEPS (European Network of Health Promoting Schools [abreviatura original: ENHPS]) se transformó en Schools for Health in Europe (SHE), englobando así a 43 países (europeos y no europeos). De esta forma, la SHE empezó a fomentar el desarrollo e implementación de políticas comunes sobre promoción de la salud en centros escolares, conectando así a estas escuelas a nivel regional, nacional, europeo y global (Buijs, 2009; IUHPE, 2008).

En España, la concepción de EPS se sustenta en los siguientes términos: evidencia, participación, calidad educativa, escuelas y comunidades (Ministerio de Educación, 2009). Sin embargo, no existe una red a nivel nacional como la mencionada REEPS (ahora SHE) a nivel europeo, por lo que cada Comunidad Autónoma crea su propia red independiente bajo los principios mencionados previamente.

En la Comunidad Autónoma de Aragón existe la RAEPS. En ella, se resalta que una escuela promotora de salud debe ser un centro educativo que priorice en su proyecto educativo la promoción de la salud, así como promover la adopción por parte de la comunidad educativa, de un estilo de vida y conductas saludables (Gobierno de Aragón, 2009). Por ello, para tratar de alcanzar estos objetivos, se deberán involucrar e implementar acciones sobre los diferentes determinantes de la salud (actividad física, alimentación, prevención de consumos, salud emocional y medio ambiente).

Las EPS se diferencian de otro tipo de programas de promoción de la salud en que no utilizan una metodología tradicional, sino que tienen implicaciones desde educativas y comunitarias hasta en políticas educativas. Mientras que un programa de promoción de la salud es de carácter fijo y replicable en cualquier centro escolar, las EPS pretenden individualizar y poner énfasis en la problemática o necesidades de su propio centro o del

entorno próximo. De este modo, tratan de propiciar un alto grado de participación de profesores, estudiantes, autoridades escolares, familias y colaboradores externos en los procesos de desarrollo e implementación de las EPS (Grieg y Wold, 2005). Asimismo, las actividades que se realicen en las EPS deben basarse en la implementación conjunta y la autoayuda entre los participantes o agentes de los diferentes niveles (centro escolar, comunidad y administración educativa).

Según la literatura consultada, las EPS han demostrado ser efectivas en la mejora de algunos hábitos saludables como la actividad física y la alimentación (Langford, Bonell, Jones, y Campbell, 2015), determinantes clave del sobrepeso y la obesidad (Bleich et al., 2018).

Por otro lado, varios estudios (Barnekow et al., 2006; Griebler y Nowak, 2012; Jourdan, Samdal, Diagne, y Carvalho, 2008; Shepherd et al., 2002) señalan que existen cuatro factores que son clave a la hora de poder implementar con garantías un programa de promoción de la salud. Estos son: (1) la voluntad política y el compromiso de desarrollar proyectos de promoción de la salud por parte de las instituciones; (2) un entorno educativo favorable, con la implicación del equipo directivo y del alumnado; (3) la percepción y el convencimiento de los docentes sobre su papel en la promoción de la salud; (4) aspectos relacionados con la implementación del programa, tales como los agentes, espacios, infraestructuras y material. También se considera un factor fundamental para implementar correctamente este tipo de programa la formación en promoción de la salud del propio profesorado.

Varias investigaciones señalan que los docentes que han recibido formación relacionada con promoción de la salud tienden a participar más asiduamente en estos proyectos y tienen un enfoque más integral y holístico de la educación en salud (Jourdan, et al., 2008; Simar, Jourdan, Pizon, y Barnoin, 2007).

Por otro lado, el Modelo Socio-ecológico (Sallis et al., 2006), también se centra en la influencia de factores individuales, sociales y ambientales, que tienen relación directa con la modificación de los comportamientos saludables en el individuo (Ver Figura 1). Los autores destacan que existen múltiples niveles de influencia que determinan los hábitos adoptados por cada persona (Sallis, Owen, y Fisher, 2008).

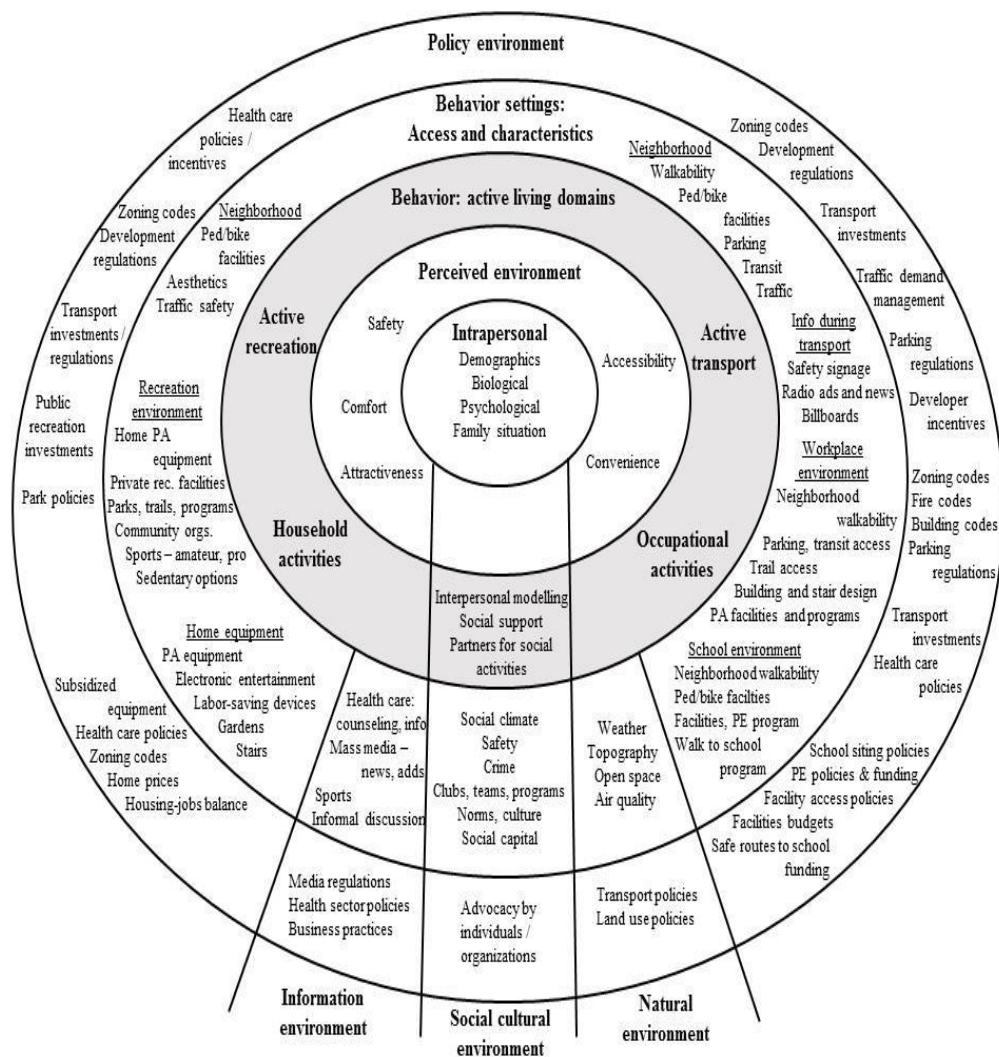


Figura 1. Factores individuales, sociales, políticos y ambientales del Modelo Socio-ecológico. Extraído de (Sallis et al., 2006).

Hoy en día, la educación en promoción de la salud no se trata solo de alentar a los niños y adolescentes a comer bien y hacer AF, sino que forma parte de un enfoque mucho más amplio (Jourdan et al., 2008; Langford et al., 2014). De esta forma, las EPS comparten los mismos fundamentos, orientaciones transformadoras, política medioambiental y macro-estructura que el Modelo Socio-ecológico presentado anteriormente. Por ello, cobra una gran importancia que todos los agentes educativos y de la comunidad trabajen juntos en crear escuelas saludables y respetuosas con el medio ambiente, a través de las cuales modificar este tipo de comportamientos y conductas en el alumnado de forma eficiente (Davis y Cooke, 2007).

1.2.2. Barreras percibidas sobre el funcionamiento de las Escuelas Promotoras de Salud.

La práctica regular de AF conlleva una serie de beneficios físicos, psicológicos y sociales (Poitras et al., 2016). Sin embargo, y a pesar de estos beneficios, la mayoría de los niños y adolescentes no cumplen las recomendaciones mínimas de AF (i.e., al menos 60 minutos diarios de AF). Por ejemplo, el último informe español (Roman-Viñas, Zazo, Martínez-Martínez, Aznar-Laín, y Serra-Majem, 2018) denominado “Report Card on Physical Activity for Children and Youth”, señala que la proporción de jóvenes españoles que cumple con las recomendaciones de práctica de AF es muy baja.

En esta línea, un estudio internacional (Ding et al., 2016) llevado a cabo en 142 países señaló que la inactividad física supuso un coste de 61.000 millones de euros al año en 2013, propiciado principalmente por gastos sanitarios. Por tanto, la adopción de un estilo de vida saludable ayuda a prevenir y reducir la mortalidad, así como la reducción de los costes sanitarios asociados a dichas patologías.

Una revisión sistemática señaló que las EPS pueden ser efectivas para mejorar los hábitos saludables (AF, alimentación, salud emocional, convivencia, etc.) del alumnado. Sin embargo, las intervenciones llevadas a cabo revelaron tamaños del efecto muy bajo en los comportamientos analizados (Langford et al., 2015).

Los pequeños cambios producidos que atribuyen algunos estudios científicos realizados en EPS sobre los hábitos saludables podrían explicarse por los siguientes motivos. En primer lugar, en los estudios realizados hasta la fecha no se concretan las acciones o intervenciones llevadas a cabo (Flaschberger, Gugglberger, y Dietscher, 2013; Langford et al., 2014), por lo que resulta complicado determinar qué elementos, acciones o agentes han producido los cambios en el alumnado. En segundo lugar, la mayoría de los estudios proporcionan descripciones muy limitadas de los elementos del contexto de implementación y de los instrumentos de evaluación, lo que dificulta extrapolar las evaluaciones a otros entornos (Langford et al., 2017; Mũkoma y Flisher, 2004). Otra de las problemáticas destacadas es la falta de apoyo o de impulso por determinadas organizaciones a nivel político e institucional. De forma concreta, es necesaria una reforma dentro de las EPS que desafíe las metas, estructuras y organización existente para poder conseguir un cambio verdaderamente transformador (McIsaac, Storey, Veugelers, y Kirk, 2015; Simar et al., 2007).

Implementar un mismo programa o red de EPS para todas las escuelas y todos los países puede ser muy difícil y a la vez contradictorio. Esto es debido a que la evidencia científica identifica a nivel internacional países que tienen un sistema escolar y cultural diferente, lo cual supone un problema si se quiere establecer un mismo programa común. El desarrollo de una iniciativa o un programa basado en evidencias científicas necesita observar de cerca el contexto local y la participación de los diferentes agentes (Pommier, Guével, y Jourdan, 2011).

La ausencia de pautas específicas para la implementación ha obstaculizado el desarrollo y evaluación de las EPS. Entre la variedad de problemas o barreras que deben ser atendidos destacan los siguientes: el contexto de implementación, la posición epistemológica de los docentes y evaluadores, así como la falta de implementación de un programa de forma cíclica en el tiempo (Rowling y Samdal, 2011).

Por otro lado, pese a que existen diferentes determinantes de la salud (AF, alimentación, concienciación ambiental, salud emocional, convivencia, prevención de consumos y sustancias), el 78% de los estudios en EPS están enfocados a la promoción de AF y alimentación, un 10% a la salud emocional y convivencia mediante programas o actividades sobre bullying y un 12% para el resto de determinantes (Langford et al., 2014). Por ello, se necesita una mayor implicación por parte de las EPS en estos determinantes menos abordados desde el entorno escolar (salud emocional, convivencia, prevención de consumos y sustancias).

Como se ha detallado, existen varias barreras que deben ser superadas para que las EPS puedan desarrollarse eficientemente. Es por ello que el papel del docente debe ser reconocido y valorado. Sin embargo, una de las realidades más presentes en estas escuelas es que los docentes ni son valorados como deberían ni están suficientemente formados (Carlsson, 2016; Leger, 2000).

1.2.3. Propuestas de mejora de las Escuelas Promotoras de Salud.

Dentro de la investigación llevada a cabo sobre este tema, la literatura enfatiza en la importancia que debe tener la promoción de la salud escolar para mejorar el sistema sanitario, así como para incidir en el desarrollo educativo y en el progreso académico de los niños y adolescentes (Stewart-Brown, 2006).

Entre los elementos esenciales que deben caracterizar a las EPS se encuentran las políticas escolares, el entorno físico de la escuela, el entorno social, las aptitudes y competencias individuales de los agentes, los vínculos comunitarios y los servicios de salud de la comunidad (Hung, Chiang, Dawson, y Lee, 2014). Sin embargo, en la mayoría de los países, las escuelas dan poca prioridad a la promoción de la salud y el personal escolar no es suficientemente consciente del rol que pueden ejercer en la promoción de la salud de su alumnado. Por ello, tanto la formación del personal como la sensibilización acerca de la importancia de la salud son los principales desafíos para el futuro (Jourdan, et al., 2008; Langford et al., 2014).

Dentro de las EPS, las agrupaciones o consejos de estudiantes que están integrados en la organización de centro, y que aseguran la participación del alumnado en la toma de decisiones de la escuela, suponen un gran potencial (Griebler y Nowak, 2012). De esta forma, los consejos estudiantiles (mediante la participación e implicación del alumnado) pueden servir como una herramienta poderosa para mejorar la sostenibilidad de la promoción de la salud en las escuelas. La inversión en educación es el camino a seguir en el progreso, especialmente en países de medianos y bajos ingresos. Por lo tanto, cualquier proceso que promueva la educación y que contribuya a mejorar la salud, el desarrollo social y la prosperidad de este tipo de países son imprescindibles. De esta forma, las EPS se caracterizan por tener este potencial de cara al presente y futuro (Deschenes, Drouin, Tessier, y Courtier, 2014; Macnab y Kasangaki, 2012).

Las EPS han supuesto un gran avance en la promoción de la salud. Sin embargo, a pesar de que se han detectado una serie de propuestas de mejora en la literatura, todavía se requiere un mayor número de investigaciones que puedan reforzar y ampliar los resultados encontrados hasta la fecha (Langford et al., 2014). Por otro lado, existen varias tendencias emergentes, como son las redes sociales y el uso de teléfonos móviles entre los jóvenes, que se podrían implementar y evaluar en las EPS. Esto es interesante ya que actualmente nos encontramos ante una "epidemia" de obesidad, diabetes y enfermedades mentales en nuestra

sociedad occidental (Macnab, Gagnon, y Stewart, 2014). Recientemente se publicó una guía sobre el uso adecuado de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en Educación Física y en el aula a través de una investigación realizada en una EPS de Huesca (Rodrigo-Sanjoaquín, Sevil-Serrano, Generelo, Julián, y Pérez-Ordás, 2019).

En relación a los diferentes hábitos saludables, se requiere un mayor número de investigaciones para poder determinar la efectividad de las EPS, especialmente con respecto a la salud sexual, la salud mental, el uso de alcohol y drogas y la violencia (ya sea abordados individualmente o como parte de una intervención centrada en múltiples comportamientos). Del mismo modo, otro reto de la investigación futura deberá ser tratar de determinar si existen mayores efectos de las EPS en niños o adolescentes (Langford et al., 2014).

A nivel metodológico y en sintonía con el Modelo Socio-Ecológico, futuras investigaciones deberían implementar intervenciones multicomponente (EF, tutorías, recreo, diferentes asignaturas, etc.) y multinivel (currículum, entorno y familia o comunidad) (Bonell, Fletcher, Morton, Lorenc y Moore, 2012; Langford et al., 2014; Langford et al., 2015; Sallis, 2018).

Dentro de la investigación en EPS, uno de los grandes desafíos es la transferibilidad y replicar las intervenciones, ya que los determinantes involucrados son numerosos, variados e influenciados por el contexto (Turunen, Sormunen, Jourdan, Von Seelen, y Buijs, 2017).

1.2.4. Evaluación de programas escolares

La literatura señala que las intervenciones de promoción de hábitos saludables deben estar basadas en la fundamentación teórica y tener un plan de implementación claro, preferiblemente detallado, para facilitar la evaluación y la presentación de informes del proceso y los resultados (Langford et al., 2014). Asimismo, también se indica que los estudios deberían indicar el tipo de evaluación realizada, así como los costes económicos asociados, para determinar la viabilidad de la propuesta (coste-efectividad).

Pocos estudios hasta la fecha proporcionan evidencia sobre la sostenibilidad, la rentabilidad y viabilidad de las intervenciones desarrolladas (Langford et al., 2017). Por ejemplo, de todos los estudios consultados, únicamente se realizó en uno de ellos una evaluación sobre el coste-efectividad. Además, es preciso destacar que en dicho estudio se obtuvo un buen resultado en cuanto a inversión/coste-beneficio (Kesztyüs et al., 2013). La sostenibilidad es clave a la hora de realizar políticas educativas y tomar decisiones sobre la

inversión a realizar en los programas de salud y, como tales, deberían ser elementos estándar a incluir en cualquier proceso evaluativo (Langford et al., 2017).

La complejidad y diversidad de los factores que entraña un programa o red hace que sea muy difícil concretar el impacto real y la efectividad del mismo, por lo que muchos autores son precavidos a la hora de considerar los resultados obtenidos en sus evaluaciones (Turunen et al., 2017).

Entre los procesos, técnicas e instrumentos de evaluación más utilizados en las investigaciones realizadas sobre EPS se encuentran las encuestas, las entrevistas, los grupos focales y el análisis de documentos (Adamowitsch, Gugglberger, y Dur, 2017; Gleddie, 2012). Para que las investigaciones sean efectivas, los procesos de recopilación de datos realizados en las escuelas también deberían ser comprendidos por los propios docentes. Para ello, se debería incentivar la formación de los docentes, permitiendo así que los centros educativos comprendiesen y utilizaran sus propios datos, involucrándose en el proceso de mejora y de la evaluación de las EPS (Joyce, Dabrowski, Aston, y Carey, 2017).

Las redes de EPS permiten aglutinar y compartir el conocimiento generado por los centros que la integran, ya que mejoran la velocidad y la calidad del aprendizaje en todo el sistema. De esta forma, la evaluación de la red podría utilizarse para responder preguntas específicas sobre los propios centros, los programas desarrollados y los agentes implicados en su coordinación (Ver Figura 2; Rosas, 2015). Por ejemplo, podría examinarse el número y tipo de organizaciones a las que está vinculado un centro escolar (centros de salud, entidades deportivas, entidades sociales, miembros de la comunidad, consejo escolar, medios de comunicación, familias...) para comprender mejor la estructura de la red.

Para evaluar comportamientos relacionados con la salud, lo más frecuente es ver la utilización de modelos de planificación de intervenciones (Crosby y Noahr, 2011). Estos permiten detallar una correcta organización en torno a la que realizar una propuesta de promoción de la salud. Dentro de este tipo de modelos, el más utilizado es el RE-AIM (Alcance, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento [versión en castellano]). Este se desarrolló con el fin de establecer unos parámetros comunes mediante los que poder establecer cierta transferencia entre estudios cuya evaluación es, a priori, más compleja (Allen, Zoellner, Motley y Estabrooks, 2011; McGoey, Root, Bruner, y Law, 2015). A continuación, se detallan las dimensiones del RE-AIM (correspondientes a sus siglas en español).

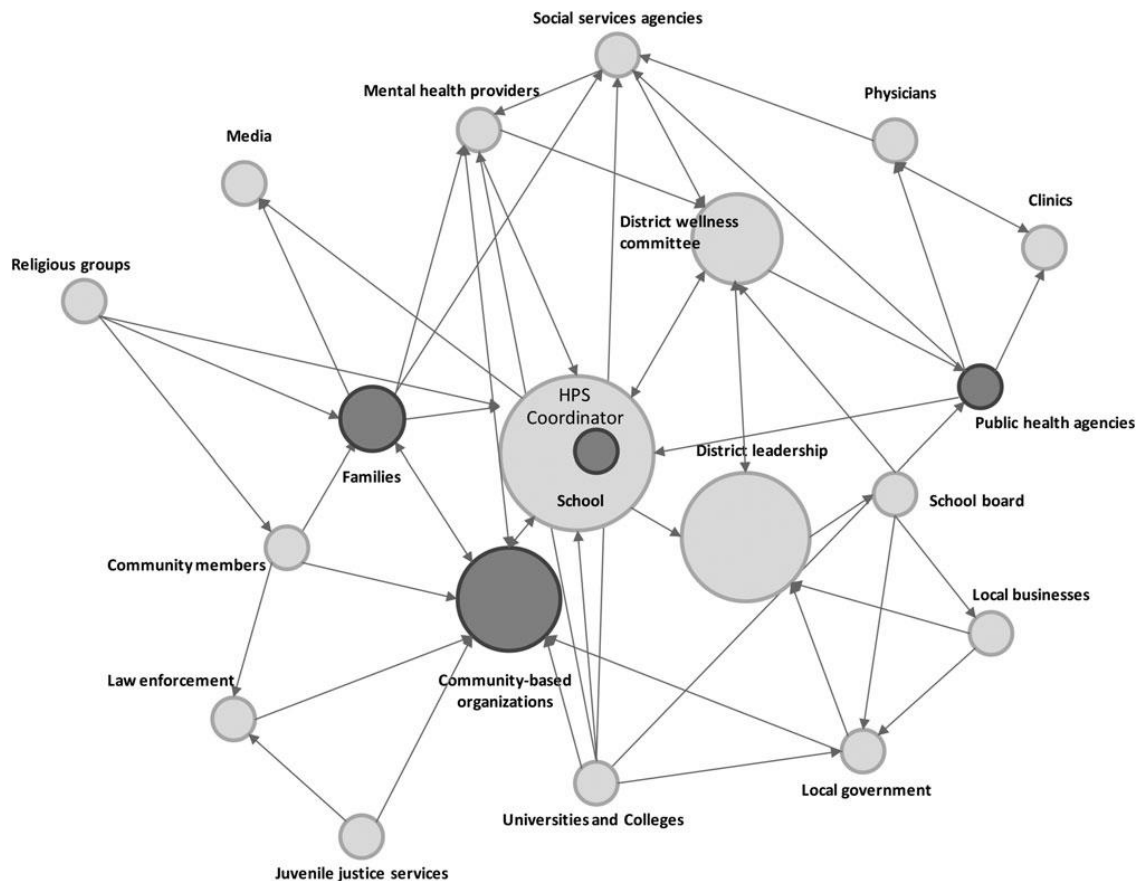


Figura 2. Interrelación de una red de EPS. Extraído de: Systems thinking and complexity: considerations for health promoting schools (Rosas, 2015).

La cobertura/alcance alude a la proporción de los participantes y representatividad de la muestra; la eficacia/efectividad se identifica con los cambios producidos y el impacto del programa; la adopción se corresponde con la representatividad de la implementación del programa; la implementación es el grado de realización del programa acorde a lo que estaba previsto, duración y coste del programa; y el mantenimiento se identifica con los efectos a largo plazo y sostenibilidad del programa (Glasgow et al., 2019). Otro de los aspectos a destacar es que el propio RE-AIM evalúa tanto a nivel individual (alcance, efectividad y mantenimiento) como institucional (adopción, implementación y mantenimiento).

Asimismo, el modelo RE-AIM puede aplicarse para la evaluación de algo tan complejo como una red, por lo que una mejor evaluación de cada una de estas dimensiones contribuirá a la ejecución de una red con mayor garantía de calidad. El RE-AIM supone no solo la posibilidad de estandarizar los procesos de evaluación en los programas de promoción de la salud, sino que también permite reforzar la validez externa de las investigaciones realizadas. Esto puede suponer un cambio importante ya que, en la actualidad, apenas se detallan indicadores de validez externa en los estudios de EPS (McGoey et al., 2015).

1.3. Propósito

Con el gran crecimiento que ha experimentado la RAEPS y el bajo cumplimiento de las recomendaciones sobre diferentes hábitos saludables existente entre los jóvenes españoles y aragoneses (Moreno et al., 2019; Sevil, García-González, Abós, Generelo y Aibar, 2019), se ha detectado la necesidad de realizar una evaluación de la propia red, de los agentes que la integran y de la implementación de las diferentes actividades y programas relacionados con los determinantes de la salud. Para ello, parece crucial conocer en primera instancia el tipo de evaluación, las barreras y las propuestas de mejora para la red por parte de los agentes que la componen (coordinadores autonómicos, SARES, profesores de Educación Primaria y Secundaria) y de otros agentes externos (profesores universitarios y centros de formación de profesorado).

Lo que aporta este estudio al marco de las EPS es la realización por primera vez en España de una investigación cualitativa con agentes internos y externos de la RAEPS. Siendo además todos estos agentes expertos en promoción de la salud y procedentes de diversas áreas (sanitaria y educativa). Por otro lado, también es el primer estudio que se realiza en la Comunidad Autónoma de Aragón con agentes de EPS representantes de varias ciudades y provincias desde la creación de la RAEPS en 2009. Asimismo, también es el estudio que mayor diversidad de agentes ha involucrado para la detección de barreras y propuestas de mejora. Finalmente, la puesta en práctica de esta investigación también ha sido la primera en revisar los procedimientos de evaluación de la RAEPS, aportando además propuestas y estrategias concretas en la discusión y conclusiones de este trabajo.

Para poder comprender cómo perciben estos agentes a la RAEPS desde dentro e indagar sobre las diversas problemáticas que pueden identificar, se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué barreras encuentran los agentes que conforman la RAEPS?, ¿Es mejorable la situación actual de la RAEPS?, ¿Se adecúa el sistema de evaluación y seguimiento del SARES a los centros que conforman la RAEPS?

En base a la revisión bibliográfica realizada y a las preguntadas de investigación formuladas en el presente estudio, los objetivos son: 1) Conocer las barreras percibidas sobre la RAEPS desde los diferentes agentes que la conforman y otros agentes externos, 2) Identificar las propuestas de mejora para la RAEPS desde los diferentes agentes que la conforman y otros agentes externos, 3) Revisar los procedimientos de evaluación de la RAEPS.

Los presupuestos de partida planteados se detallan a continuación. Tras haber realizado una revisión de la literatura, se destaca la dificultad existente a la hora de asociar posibles efectos positivos de las EPS y de los programas de promoción de la salud a las intervenciones realizadas. Del mismo modo, también se alude a la necesidad de explorar nuevos instrumentos de evaluación que permitan mejorar este tipo de programas o redes. Finalmente, la escasez de resultados positivos en EPS suele condicionarse a la formación de los agentes que la implementan y a la falta de apoyo político o institucional.

Por otro lado, este estudio pretende profundizar en la situación actual de la RAEPS. Cabe destacar que no se trata de diseñar una lista de barreras y propuestas de mejora registradas individualmente por cada participante, sino de crear un conocimiento descriptivo y explicativo que aglutine las aportaciones de todos ellos.

En este estudio se destacan los siguientes núcleos de interés:

- Experiencias que emergen de los diferentes agentes en relación a su labor profesional en la RAEPS.
- Barreras percibidas sobre la RAEPS por los diferentes agentes que la conforman y otros agentes externos.
- Propuestas de mejora para el funcionamiento de la RAEPS de los diferentes agentes que la conforman y otros agentes externos.

SEGUNDA PARTE: Estudio Empírico

2. Método

2.1. Participantes

La muestra total del estudio está formada por 12 adultos ($M=47.33$; $DT= 13.19$), 8 varones y 4 mujeres. Agentes que integran la RAEPS ($n=8$) y agentes externos ($n=4$). Todos ellos participaron en uno de los dos grupos de discusión realizados en las ciudades de Huesca ($n=7$) y Zaragoza ($n=5$). La muestra está formada por adultos con un nivel socio-educativo y cultural alto, desempeñando diversas labores y funciones en el sector educativo y/o sanitario (profesores de secundaria y universidad, maestros, personal de la administración educativa, personal del SARES, personal del Centro Integral de Formación y Empleo [CIFE] e investigadores pre y post doctorales).

2.2. Instrumentos

Para la recolección de los datos se empleó la técnica del grupo de discusión. Esta técnica puede ser definida como una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área específica de interés y cuyo objetivo es provocar la reflexión y la verbalización sobre determinados temas por parte de los participantes (Krueger, 1988). Concretamente, se realizaron dos grupos de discusión con agentes (internos y externos) expertos dentro del marco de las EPS en Aragón. Dichos grupos de discusión se realizaron en Zaragoza y en Huesca, ambos con los pertinentes agentes destacados de cada una de las provincias aragonesas. La duración de dichos grupos de discusión fue de 76' (Zaragoza) y 82' (Huesca).

La configuración del instrumento (guion del grupo de discusión) se realizó basado en el modelo de Stufflebeam (CIPP), “Contexto-Input-Proceso-Producto”, que evalúa tanto el producto como la planificación del programa, su realización e impacto. Este modelo permite acercarse a “un enfoque de evaluación global” (Pinos, 2016). En este modelo se evalúan diferentes aspectos: el contexto para ayudar a establecer las metas, la entrada para ayudar a planificar la propuesta o programa, el proceso para guiar su realización en la práctica y el producto para ayudar a tomar decisiones de reciclaje (Stufflebeam y Shinkfield, 1987). El modelo CIPP presenta un marco general para poder intervenir en cualquier fase del desarrollo

de un programa (en nuestro caso, la RAEPS), antes o durante su puesta en práctica, aplicando el tipo de evaluación que interese en función de las necesidades de la investigación.

Por otro lado, para garantizar la libertad de opinión, se comunicó a los participantes su anonimato a la hora de transcribir los datos y que la información obtenida sería usada convenientemente para mejorar la RAEPS. El guion y las preguntas consideradas para la realización de este estudio pueden consultarse en los anexos de este documento.

2.3. Procedimiento

2.3.1. Diseño metodológico

Tomando como referencia el paradigma etnográfico y el paradigma positivista (Arraiz y Sabirón, 2012), este estudio pretende comprender e interpretar las verbalizaciones registradas. Concretamente, esta investigación se encuentra dentro del paradigma etnográfico y en relación a este paradigma, el estudio se ha realizado mediante una metodología cualitativa. Esta metodología permite realizar una descripción detallada de un fenómeno y mantener la intersubjetividad mediante la recogida de datos de un entorno complejo (Pérez, 1990).

En este estudio se plantea un diseño de Investigación-Acción (I-A), el cual tiene su origen en los métodos de investigación etnográficos (Cohen, 1990), manteniendo la coherencia del marco epistemológico explicado previamente. Según Colás y Buendía (1994), las fases metodológicas que se aplican en la I-A son: diagnóstico de la situación, desarrollo de un plan de acción, acción y reflexión o evaluación (Ver Figura 3).

Concretamente, la I-A se divide en: participativa, cooperativa y técnica. La Investigación-Acción Participativa (IAP) ha sido la utilizada en este estudio y se caracteriza por ser un método de investigación psicosocial de carácter cualitativo. Este tipo de investigaciones permite involucrar a todos los integrantes de una comunidad en la creación del conocimiento científico sobre sí mismos (Berrocal y Expósito, 2011; Montenegro, Balasch y Callen, 2009).

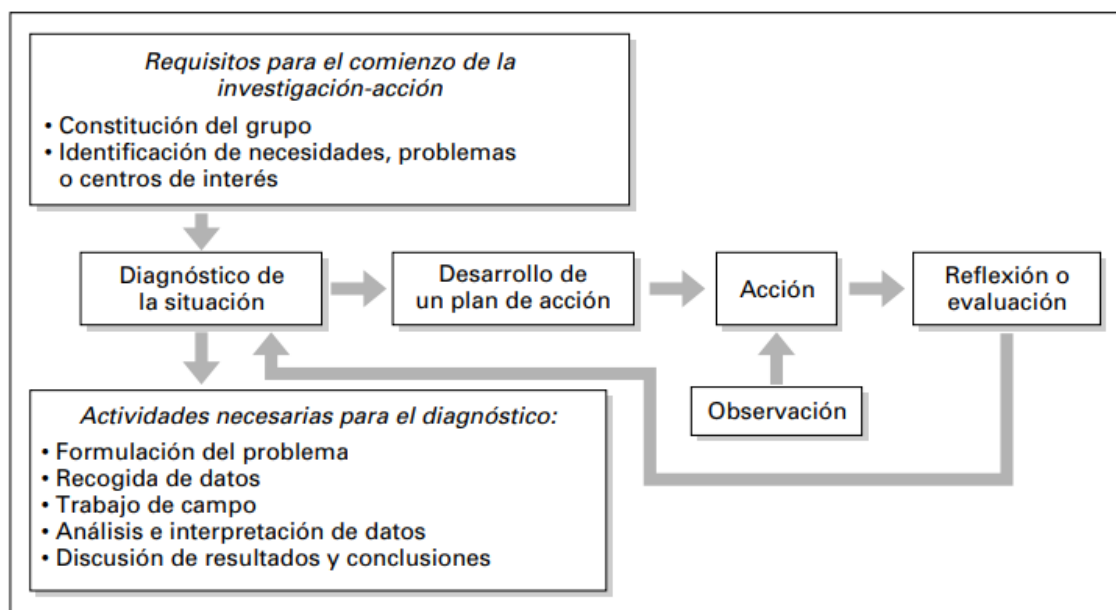


Figura 3. Fases y secuencias de la I-A. (Extraído de Colás y Buendía, 1994).

En la realización de este estudio se ha seguido el siguiente modelo metodológico en el que se identifican tres fases diferenciadas dentro de la IAP (De Miguel, 1989):

1. Fase de decisión. Una comunidad o grupo de personas toma conciencia de una determinada situación o problemática y decide realizar una investigación en torno a este tema. Metodológicamente, entre el proceso de concienciación y la decisión, el grupo o colectivo debe atender a los siguientes aspectos: determinar el tema o problema a investigar, señalar los objetivos generales y específicos, delimitar el marco y las actividades de investigación, indicar los roles de los participantes y hacer una previsión de recursos.
2. Fase de elaboración y ejecución del plan. Alude a preparar a la comunidad, efectuar el estudio de campo, ordenar la información y analizar e interpretar los datos.
3. Fase de aplicación de los conocimientos. Se resume en analizar las alternativas de actuación, aplicar la estrategia de acción y valorar el plan aplicado.

Siguiendo este modelo, en nuestra investigación se han llevado a cabo únicamente las dos primeras fases. Esto se debe a la limitación temporal del curso académico y a que el objetivo del presente estudio es realizar una “evaluación diagnóstica” de la situación actual de la RAEPS, dejando la intervención correspondiente a la fase tres para futuras investigaciones.

La fase 1 se corresponde con los objetivos, preguntas de investigación, presupuestos de partida y núcleos de interés. La fase 2 alude a la realización de los grupos de discusión (trabajo de campo) con la intención de recabar información sobre la problemática y los objetivos planteados. En la fase 3 se situaría la prospectiva o propuesta de futuro sobre el estudio a realizar para continuar esta investigación. En ella se plasmarían las acciones concretas de una intervención futura, una vez se haya analizado la información recogida en los grupos de discusión de Zaragoza y Huesca.

2.3.2. Acceso al campo de estudio.

Tanto el SARES como la Universidad de Zaragoza observaron el importante crecimiento de la RAEPS, así como los elevados niveles de inactividad física y sedentarismo en niños y adolescentes de la Comunidad Autónoma de Aragón. A través de la cooperación entre el SARES y el grupo de investigación de referencia de la Universidad de Zaragoza “Educación Física y Promoción de la Actividad Física” (EFYPAF), se decidió realizar un proyecto de innovación sobre la RAEPS y el alumnado perteneciente a esta. Una de las acciones necesarias para la realización de ese proyecto es examinar las percepciones de los principales agentes involucrados en la red.

Para poder llevar a cabo una intervención futura sobre los diferentes determinantes de la salud que aparecen en la RAEPS y buscar soluciones que ayudasen a evaluar una red de esta magnitud, se consideró necesario conocer primero las percepciones y opiniones de los diferentes agentes que la integran. De esta forma, se decidió comenzar a recoger información con los participantes detallados previamente, los cuales desempeñan diferentes roles y funciones dentro y fuera de la propia red. A partir de la necesidad planteada, el SARES y la Universidad de Zaragoza contactaron con diferentes profesionales de Zaragoza y Huesca para que participasen voluntariamente en los grupos de discusión. Utilizando a estas entidades como “porteros”, se consiguió establecer dos reuniones, las cuales tomaron forma de grupo de discusión. Mediante estas reuniones se comunicó a estos agentes las características del proyecto de innovación general y el objetivo de esta investigación en particular.

2.3.3. Recolección de los datos.

A la hora de organizar la información recogida se han seguido las indicaciones extraídas de la literatura científica consultada (Baruth, Sharpe, Parra-Medina, y Wilcox, 2014; Cason-Wilkerson, Golberg, Albright, Allison, y Haemer, 2015) y la información recabada por los porteros que nos permitieron el acceso al campo. Tomando como referencia el estado de la cuestión y el objeto de estudio, se plantearon preguntas informativas (sobre el objeto de estudio y el contexto) y temáticas (destinadas a la recogida de información).

De esta forma, las preguntas informativas nos ayudan a comprender la realidad estudiada y permite que puedan emerger algunas de las barreras que tienen que ver con el entorno. Las preguntas informativas estaban relacionadas con el contexto y la entrada (modelo CIPP de Stufflebeam).

Por otro lado, las preguntas temáticas (asociadas a las barreras sobre la evaluación y la coordinación de la RAEPS, así como las propuestas de mejora) se basaban en la evidencia recogida en la literatura científica y en la información que los porteros habían transmitido previamente a la realización de los grupos de discusión. Las preguntas aparecen detalladas en los anexos de este documento. Estas se basaron en el apartado proceso y producto dentro del modelo CIPP de Stufflebeam.

2.3.4. Selección de fuentes e instrumentos

Dentro de toda investigación es determinante conocer el estado de la cuestión. Para ello, la selección correcta de las fuentes de información nos ayudará a identificar y analizar las investigaciones más destacadas sobre la temática del estudio. La revisión correcta de las fuentes permitirá conceptualizar de forma óptima las categorías que emerjan de la información recabada durante la investigación realizada (Quintana, 2006).

Para la realización de este trabajo se han consultado las siguientes fuentes (artículos científicos, revisiones sistemáticas, meta-análisis, documentos de instituciones públicas, informes técnicos y tesis doctorales) debido a la relevancia que tienen a la hora de realizar un trabajo de investigación de estas características. La búsqueda de información se ha realizado principalmente a través de Scopus, Web of Science y diversas páginas web institucionales (Ministerio de España, Gobierno de Aragón y organizaciones internacionales).

Además de haber consultado estas fuentes, fue necesario contactar y tener conversaciones con los coordinadores generales del SARES para profundizar sobre la situación de las EPS en la Comunidad Autónoma de Aragón. Estos coordinadores tienen una dilatada experiencia dentro de la promoción de la salud en niños y adolescentes, habiendo trabajado más de 25 años en atención primaria, salud pública autonómica, Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, participando en proyectos y en la redacción de documentos a nivel internacional con la OMS, pudiendo así aportar a la investigación información complementaria a la recogida en la literatura científica.

Respecto a la selección de técnicas e instrumentos para recoger la totalidad de los datos de la investigación, se empleó la técnica del grupo de discusión, tal y como se ha explicado previamente. Ambos grupos de discusión se realizaron en el mes de mayo (10 y 15 de mayo de 2019) debido a que fueron las fechas en las que mejor les venían a los participantes y en las que podíamos contar con un mayor número de ellos.

Los grupos de discusión se llevaron a cabo con un formato de “café saludable”, con café y fruta. Todos los participantes dieron su consentimiento para que se grabasen las conversaciones.

2.3.5. Veracidad de los datos obtenidos

Con el objetivo de poder asegurar la calidad de los datos se han seguido las diversas pautas que establece la propia investigación cualitativa. Estas son: credibilidad, transferencia y confirmabilidad (Del Villar, 1994; Sanz, 2017).

- Credibilidad: hace referencia a la propia veracidad de los datos. Para ello, se plantea el siguiente procedimiento:

Recogida de material de adecuación referencial: alude a que ambos grupos de discusión han sido grabados y transcritos. De esta forma el investigador se asegura de poder registrar e identificar las verbalizaciones de los participantes para poder compararlas o estudiarlas.

- Transferencia: permite generalizar los datos. Para que puedan ser transferibles estos resultados, previamente se han detallado las características de los participantes y de su selección, además del ámbito al que pertenecen (educativo o sanitario). Para facilitar esta

transferencia, en los resultados se indican varias citas textuales de los grupos de discusión con su correspondiente codificación y categorización.

- Dependencia: en este apartado se muestra que la codificación realizada se ajusta a unos criterios de fiabilidad. Para ello se han usado los siguientes indicadores:

Participación de otros investigadores: tras haber creado las categorías iniciales, cada investigador vuelve a categorizar las transcripciones de forma individual. De esta forma se permite comprobar si son fiables o no esas categorías iniciales. Mediante este filtro, todos los posibles errores que han podido aparecer por discrepancias en la codificación han sido debatidos y corregidos, asegurando así unos criterios comunes.

Negociación de los significados: cuando ya se han transcrito los datos, se detallan las categorías y subcategorías que han emergido, definiendo el mismo significado en consenso con el resto de investigadores.

- Confirmabilidad: alude a si el estudio es objetivo basado en la relación del investigador con el objeto de estudio. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que, debido a las características de la investigación cualitativa, no se puede plantear alcanzar una objetividad completa. Para evitar que influya demasiado la subjetividad del investigador se ha procedido mediante:

Reflexión: una vez extraídas las citas textuales de los grupos de discusión, se procede a realizar la interpretación de las mismas, así como su descripción. De esta forma se favorece la comprensión de la realidad estudiada por parte de otros investigadores y de la comunidad científica.

2.3.6. Análisis e interpretación de los datos

Una vez recolectada y transcrita la información, se analizó mediante el software NVivo Pro v.11. Este software es utilizado para almacenar, gestionar, recuperar, analizar y exportar los datos de carácter cualitativo. Se transcribieron un total de dos grupos de discusión. Se realizó un análisis de contenido de la información recogida y transcrita. Para ello, se realizó primero una codificación y categorización.

En relación a esto, codificar puede verse directamente relacionado con analizar, ya que en ambas hay que examinar y comprender las transcripciones, siendo este el núcleo del análisis (Miles y Huberman, 1994). Tras recopilar información sobre la temática (bibliografía

consultada) y analizar el planteamiento de la investigación (presupuestos de partida, objetivos y núcleos de interés), se comenzó con el proceso de codificación de datos.

Por otro lado, las categorías permitieron agrupar ideas y conceptos relacionados que fueron manifestados por los participantes en los grupos de discusión. Una vez realizado este proceso, se detallaron las posibles subcategorías dentro de cada categoría, buscando sus similitudes y diferencias.

En la creación de categorías y subcategorías influyó la información obtenida, interpretada y comprendida, así como la literatura científica consultada. Tras haber establecido las primeras categorías, estas se debatieron y contrastaron con otros investigadores en varias ocasiones hasta alcanzar las definitivas.

Como se ha mencionado, el proceso de categorización está sujeto a continuos cambios, provocando que emerjan nuevas categorías y subcategorías, así como que se solapen o se eliminen algunas de ellas.

La evolución de las categorías y subcategorías de este estudio ha sido la siguiente.

Tabla 1. Evolución del proceso de categorización.

CODIFICACIÓN I

CODIFICACIÓN II

CATEGORÍAS FINALES

CATEGORÍAS	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Evaluación	Evaluación	Difusión	Evaluación	Difusión
Determinantes de la salud		Transferencia		Sostenibilidad
		Sostenibilidad		Determinantes de la Salud
	Determinantes de la salud	Actividad física	Barreras	Escasez de personal
		Alimentación		Limitaciones del entorno rural y urbano
		Salud emocional y convivencia		Comunicación dentro de la RAEPS
Consumos		Propuestas de mejora		Colaboraciones con otras entidades
Ambiental	Formación			
Barreras	Escaso personal docente		Nuevos instrumentos	
	Limitaciones entorno rural y urbano			
	Escasa implicación de las familias			
	Escasa tutela del SARES a los centros			
Propuestas de mejora	Colaboración con centros de salud			
	Aumentar la formación			
	Compensación horaria			
	Colaboración Unizar			
	Tener en cuenta el barrio y el contexto			
	Herramienta para gestionar la red			

Codificación I: Una vez se revisaron por primera vez las transcripciones realizadas, se establecieron cuatro categorías.

Codificación II: Tras realizar esta primera categorización y analizar los datos recopilados se reflexionó sobre las subcategorías a incluir (18).

Categorías Finales: Al volver a analizar las transcripciones, junto a un grupo de expertos, se observó que había demasiadas subcategorías y que varias de ellas no saturaban lo suficiente, se englobaban dentro de otras subcategorías o eran excluibles. Por lo tanto, la categoría Determinantes de la salud pasó a ser una subcategoría de Evaluación, ya que siempre aparecía en relación a esta segunda. Asimismo, también se redujeron y definieron el resto de categorías y subcategorías.

Categorías y subcategorías

La Tabla 1 recoge las categorías y subcategorías finales con las que se realizó el análisis de contenido definitivo sobre las transcripciones de los grupos de discusión. A continuación, se procede a realizar una breve descripción de cada una de las categorías y subcategorías.

- Evaluación:

Hace referencia al proceso de medición de cualquiera de las acciones realizadas dentro de la RAEPS.

Difusión: alude a los procesos de comunicación de los resultados o acciones realizadas en las EPS.

Sostenibilidad: hace referencia a las medidas relacionadas con el mantenimiento y la prolongación en el tiempo de la RAEPS.

Determinantes de la salud: constituye los diferentes factores relacionados con la salud que se recogen dentro de la RAEPS como potenciales a desarrollar o trabajar en los propios centros. Estos son: actividad física, alimentación, salud emocional y convivencia, prevención de consumos y factores ambientales.

- Barreras:

Hace referencia a todas las barreras o problemas detectados en el funcionamiento de la RAEPS.

Personal: alude a la escasez de profesionales (profesores, coordinadores EPS y técnicos del SARES) encargados de implementar, evaluar y gestionar la red.

Entorno rural y urbano: problemáticas específicas de cada uno.

Comunicación: hace referencia a la falta de coordinación con otras EPS o con el SARES, así como a la dificultad para obtener feedback sobre si lo que se está implementando se realiza de forma correcta.

- Propuestas de mejora:

Recoge las propuestas de mejora sobre la RAEPS verbalizadas por los participantes del grupo de discusión.

Colaboración: se refiere a la importancia de apoyarse en otras entidades que puedan complementar y ayudar a las EPS: Universidad de Zaragoza, centros de salud, casas de juventud del barrio o contexto específico, otros centros EPS y agentes externos (charlas de organizaciones o entidades independientes expertas en temas específicos sobre los determinantes de la salud).

Formación: alude a la necesidad de poner al alcance de los docentes y coordinadores, herramientas y conocimientos que les permitan afrontar de forma correcta y actualizada la envergadura que tiene la implementación y coordinación de la RAEPS.

Nuevos instrumentos: tanto de evaluación como de gestión que permitan a profesores, coordinadores y personal del SARES evaluar correctamente y de forma precisa tanto cada uno de los determinantes de la salud, como la efectividad y sostenibilidad de la propia red.

2.3.7. Temporalización

Para finalizar con el procedimiento descrito, a continuación, se aporta un cuadro resumen con las principales acciones realizadas y su correspondiente temporalización durante el año académico 2018-2019 (Ver Anexo 7.1).

3. Resultados

3.1. Resultados generales

A continuación, en la Tabla 2 se detallan los resultados generales extraídos de los grupos de discusión. Para ello, se aportan las referencias con las cuales poder comprender de forma más exacta la información que se presenta.

Tabla 2. Distribución de las referencias según categorías y subcategorías.

CATEGORÍAS/Subcategorías	Archivos	Referencias
EVALUACIÓN	2	39
Difusión	2	12
Sostenibilidad	2	13
Determinantes de la salud	2	14
BARRERAS	2	46
Comunicación	2	17
Entorno	2	14
Personal	2	15
PROPUESTAS DE MEJORA	2	48
Colaboraciones	2	12
Formación	2	18
Nuevos instrumentos	2	18

En esta tabla se muestran los resultados finales del proceso de categorización de los dos grupos de discusión analizados. Como se puede observar, el mayor número de citas en las subcategorías ha sido de 18 (Formación y Nuevos instrumentos) y el menor ha sido de 12 (Colaboraciones y Difusión). Por otro lado, el mayor número de citas en las categorías ha sido 48 (Propuestas de mejora) y el que menos 39 (Evaluación).

Para comprender de forma gráfica estos datos se ha utilizado el siguiente mapa jerárquico (Ver Figura 4). Estos mapas son bastante útiles para ver la distribución de una categoría en sus subcategorías. Son diagramas que muestran los datos organizados de forma proporcional, como un conjunto de rectángulos anidados de diferentes tamaños. (Trigueros, Rivero, y Rivero, 2018).

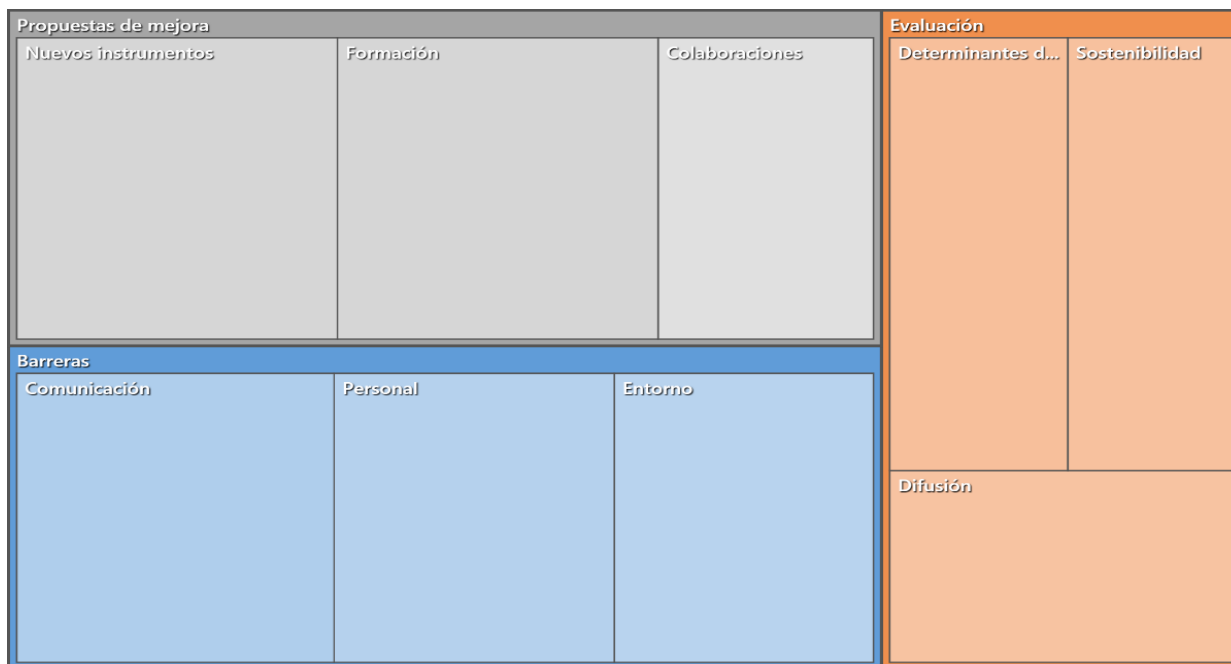


Figura 4. Mapa jerárquico de categorías y subcategorías.

A continuación, se exponen las gráficas de cada uno de los grupos de discusión en las que se puede observar el número de referencias de cada nodo o subcategoría.

De esta forma resulta más sencillo comprender las verbalizaciones de los participantes y la distribución de las subcategorías en el análisis. Mediante las gráficas es posible observar visualizaciones de datos, nodos o codificación y se pueden combinar con los valores de los atributos (Trigueros et al., 2018).

Como se puede observar (Ver figura 5 y 6), en el eje vertical se distribuyen las diferentes subcategorías ordenadas de menor a mayor número de referencias (de arriba a abajo respectivamente). En el eje horizontal aparece contabilizado el número de referencias exacto de cada grupo de discusión.

En la figura 5, correspondiente al grupo de discusión de Zaragoza se muestra lo siguiente. De las subcategorías “Difusión” y “Colaboraciones”, se han recogido 4 referencias de cada una. De “Sostenibilidad”, “Determinantes de la salud” y “Nuevos instrumentos”, 7 referencias de cada una. De “Personal”, “Entorno” y “Comunicación”, 9 referencias de cada una. De la de “Formación”, 13 referencias.

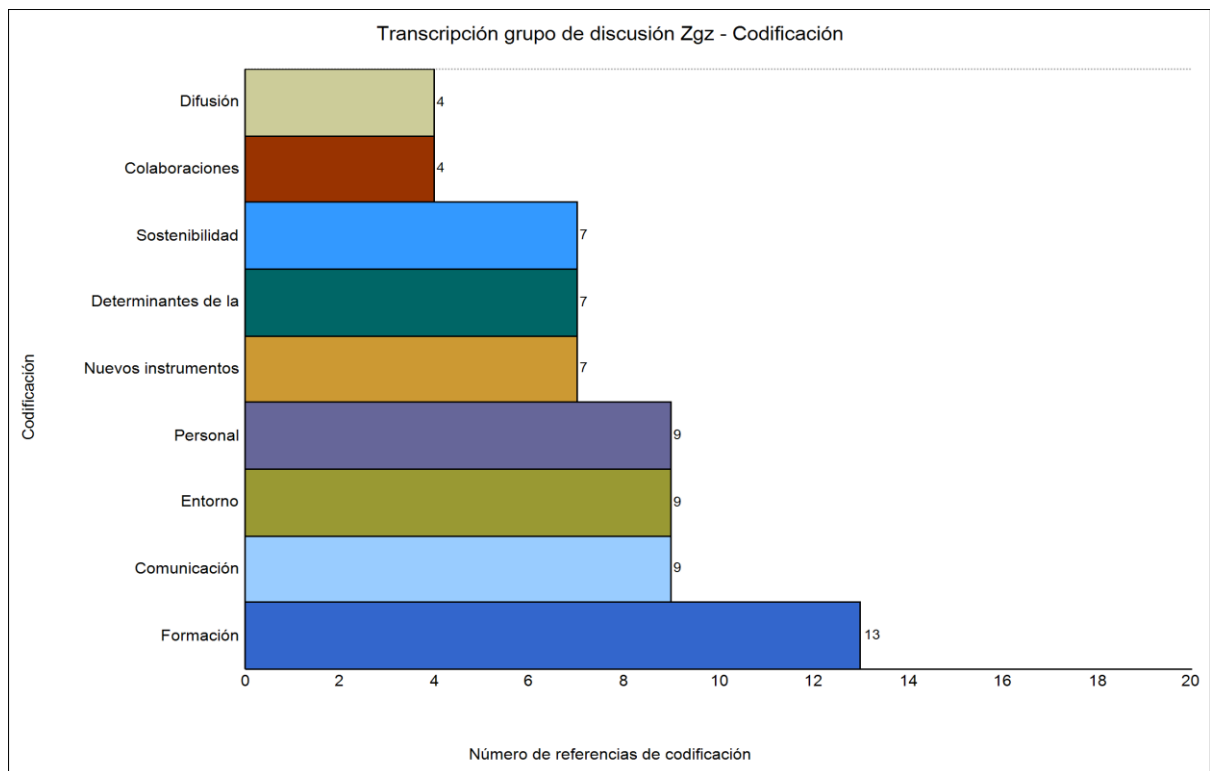


Figura 5. Número de referencias en las categorías de estudio (grupo de discusión Zaragoza).

En la figura 6, correspondiente al grupo de discusión de Huesca se muestra lo siguiente. De las subcategorías “Entorno” y “Formación” se han recogido 5 referencias de cada una. De “Sostenibilidad” y “Personal”, 6 referencias. De “Determinantes de la salud”, 7 referencias. De “Difusión”, “Comunicación” y “Colaboraciones”, 8 referencias. De “Nuevos instrumentos”, 11 referencias.

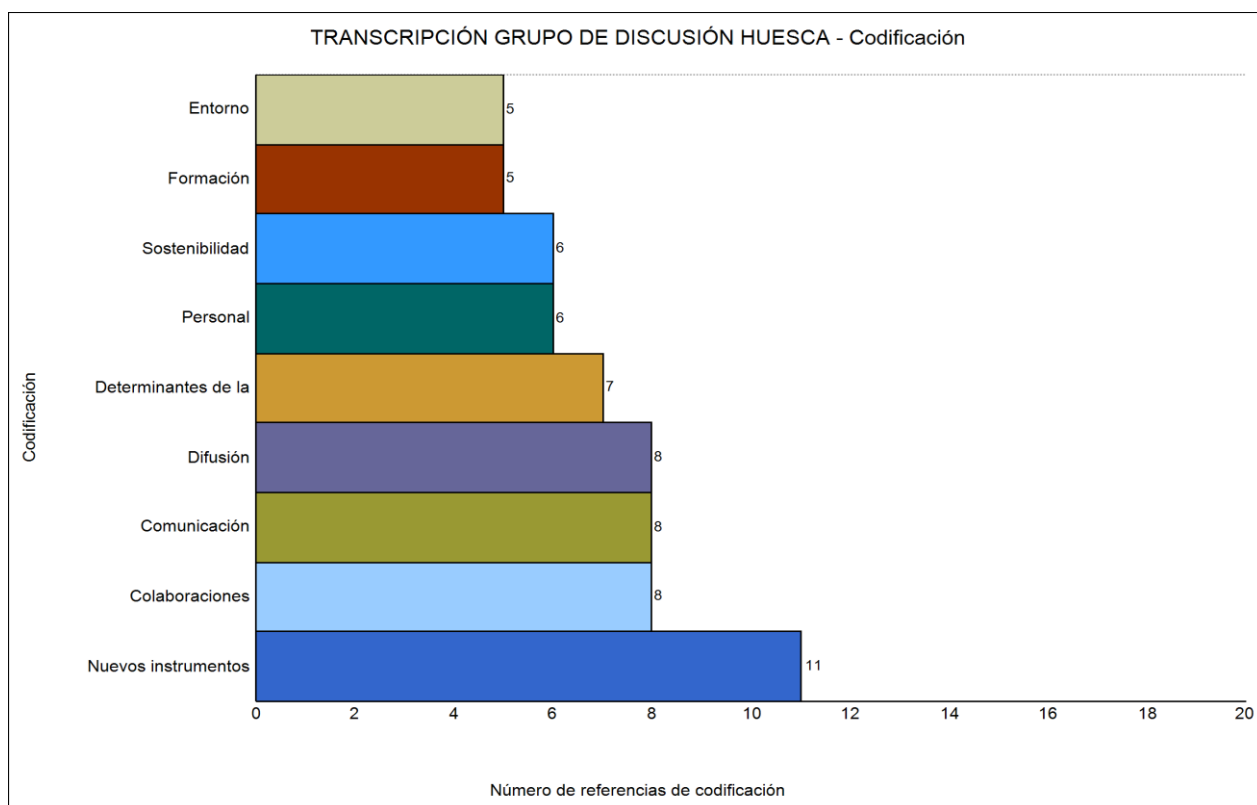


Figura 6. Número de referencias en las categorías de estudio (grupo de discusión Huesca).

3.1.1. Mapa conceptual del proyecto

Los mapas son visualizaciones que permiten identificar determinados aspectos realizados durante la investigación. Por ejemplo, el inicio de la fase deductiva, el análisis de la información y la construcción del informe (Ver Figura 7).

Son una estrategia útil para ofrecer una aproximación al estudio desde una perspectiva visual, sencilla y clara (Trigueros et al., 2018).

De forma concreta, este mapa conceptual permite visualizar los elementos presentes en la investigación y las relaciones que hay entre los mismos, dando una imagen gráfica del proceso de análisis y de la investigación llevada a cabo.

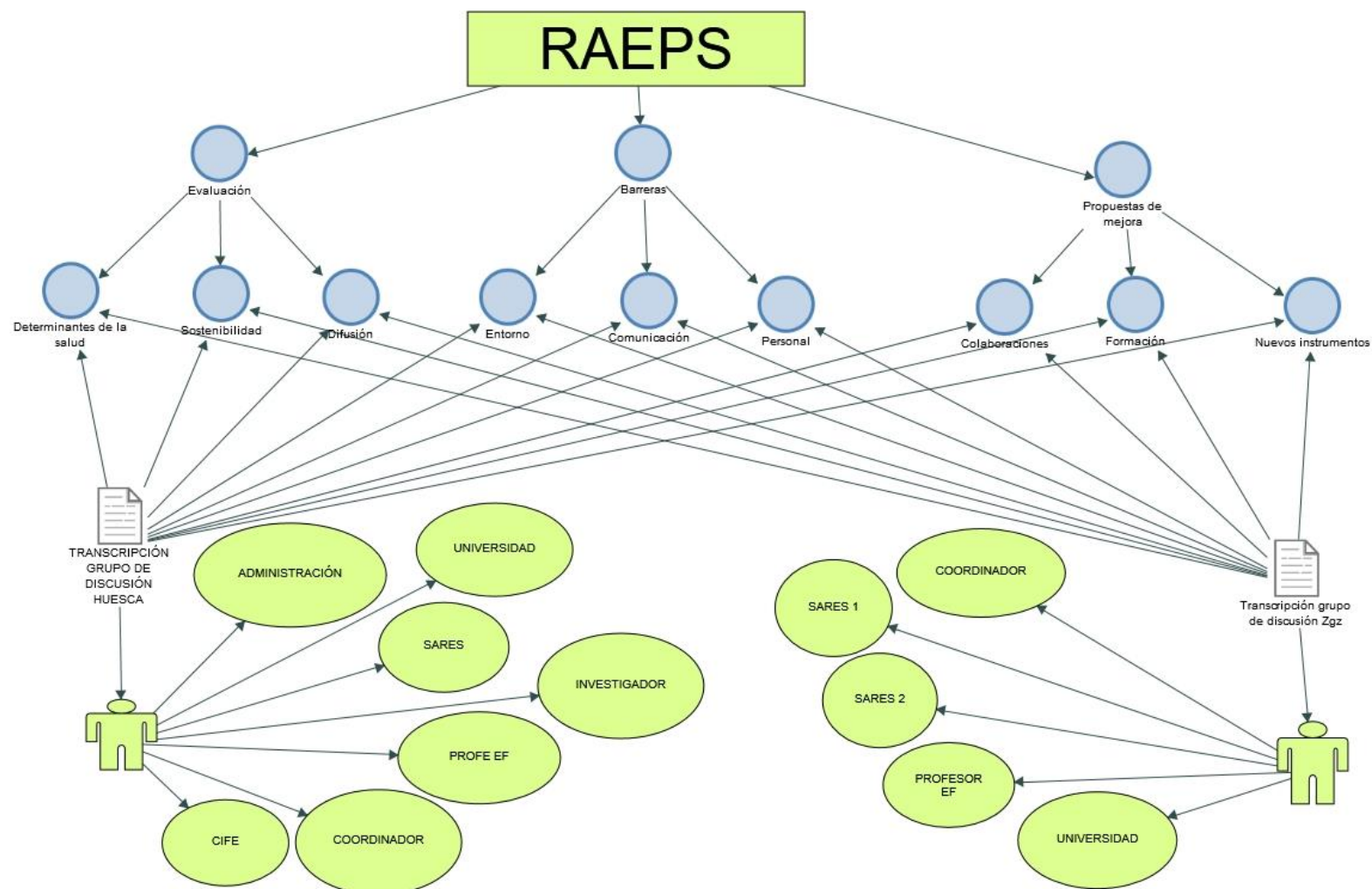


Figura 7. Mapa conceptual de la investigación.

3.2. Resultados específicos

En este epígrafe se incluyen de forma específica los datos extraídos de los grupos de discusión y de cada uno de los nodos o subcategorías. Para ello, además de mostrar una serie de referencias de cada nodo, también se incluyen descripciones generales del conjunto de verbalizaciones realizadas por los participantes sobre cada subcategoría.

3.2.1. Referencias de las Subcategorías

Como se ha detallado en la tabla 1 de categorías y subcategorías, en la realización del análisis han aparecido al menos 12 de cada nodo. Como hay bastantes nodos, se ha tomado la decisión de mostrar las 5 referencias más importantes de cada uno de estos.

3.2.1.1. DIFUSIÓN

En esta subcategoría correspondiente con la categoría de evaluación se detallan diversas apreciaciones realizadas por los participantes en cuanto a cómo se trata la información y se difunde, especialmente en los centros escolares y desde el SARES. Debido a ello, la mayor parte de las intervenciones realizadas han sido por participantes profesores, maestros, coordinadores o personal del SARES.

“A nivel personal, en nuestro centro tenemos bastante vocación en la promoción de la salud, por lo que tiramos bastante de la gente y solemos ser pesados. A cambio pues vienen padres que trabajan en salud a dar charlas o conseguimos colaboraciones de la universidad, etc.” (Coordinador EPS)

“Desde el centro se informa, se mandan cartas y se promueven talleres en relación a conductas saludables, sol sano, y crema de protección, desplazamiento activo, día de la fruta, etc.” (Coordinador EPS)

En este caso este coordinador de EPS alude a que muchas de las acciones de difusión realizadas desde su centro se realizan por insistencia propia y por buscar colaboraciones con otras entidades e individuos destacados en el marco de la educación para la salud. Del mismo modo, también hace referencia a varias acciones puntuales sobre la difusión de conductas saludables realizadas desde su centro.

“...como hemos visto que teníamos problemas en cuanto a difusión hemos realizado unos cambios con los que enviar mensajes directamente al móvil de las familias a modo de alertas para que así sea más fácil que lo lleguen a leer. Tanto para el día de fruta como para cualquier tipo de formación que se vaya a poner en práctica.” (Profesor EF)

“En mi caso como profesor de educación física siempre lo he visto como una forma de promocionar la salud. Lo vi como una oportunidad de recibir recursos y de conectar con otros compañeros que comparten el mismo objetivo, y algo interesante de lo que poder sacar cosas positivas para mi alumnado.” (Profesor EF)

Este profesor destaca que ante los problemas que tenían para contactar a las familias, han conseguido encontrar la forma de hacerles llegar los resultados derivados del proceso de evaluación mediante mensajes al móvil. No solo les envían los resultados, sino que avisan de los días importantes, por ejemplo, el día de cada semana en el que se reparte fruta. Por otro lado, este profesor también hace referencia a la difusión que realiza de todo lo que tiene que ver con la salud desde su asignatura de educación física, interrelacionando y conectando aprendizajes.

“El problema es que hay centros que tienen y hacen experiencias y cosas chulas y no lo cuentan, o no consideran que sea importante contarlos, darle difusión o enviarlo al blog de EPS...” (Personal del SARES)

En este sentido, el SARES alude a las oportunidades de difusión que se pierden por parte del grueso de centros que integran la red, especialmente a la hora de compartir experiencias, actividades y dinámicas de salud que funcionan de forma óptima.

3.2.1.2. SOSTENIBILIDAD

Esta subcategoría también se encuentra dentro de la categoría de evaluación. En las referencias seleccionadas se alude principalmente al mantenimiento y continuación de las acciones llevadas a cabo, si son útiles o no, o si se pueden modificar, así como a la gestión de la red para un mejor funcionamiento. En esta subcategoría se han registrado mayores intervenciones de los agentes externos que en otras subcategorías analizadas.

“En mi caso, trabajo en San Viator. Somos Escuela Promotora de Salud desde hace ya varios años y tenemos el firme convencimiento de que hay que ir más allá del currículo, no solo enseñar lengua y matemáticas sino educar personas para el futuro. Aglutinando parte del colegio (patio y club deportivo) y actividades que se hacen con la AMyPA y que todo gira

en torno a la salud y al desarrollo personal e integral del niño.” (Maestro de EF y Coordinador EPS).

Este maestro hace un especial énfasis en la importancia de trascender el currículo para conseguir ser de verdad una EPS y que sea viable y sostenible en el tiempo. Al mismo tiempo hace un apunte interesante al englobar también a la AMyPA (que podríamos considerar como la comunidad) en la consecución de la sostenibilidad en proyectos de salud.

“Como observadora externa he visto la evolución desde que hace años trabajé en el IES Sierra de Guara. Ya entonces se hacían actividades y existía esa preocupación por la salud, pero no de la forma que está ahora. Considero que ahora está todo más estandarizado e institucionalizado y creo que es más fácil poder aplicarlo o entrar en la dinámica de la red o de lo que se propone en esta.” (Personal CIFE)

En este caso, el personal del CIFE alude a la necesidad de aprovechar la institucionalización y estandarización de la red para contribuir a su sostenibilidad, especialmente echando la vista atrás y viendo que se han dado ya pasos muy importantes.

“lo que creo que falla es la sostenibilidad de las Escuelas Promotoras de Salud y si consiguiésemos lanzar la herramienta podríamos dar un paso de gigante en este sentido. Creo que se debería avanzar en la dirección de que la red Escuelas Promotoras de Salud fuese cada vez más autónoma y dependiese menos del SARES que, ya de por sí, tiene otras implicaciones y responsabilidades laborales.” (Investigador post-doc)

Este investigador hace un apunte interesante sobre la posibilidad de crear o buscar una herramienta en red que permitiese ayudar a gestionar a la RAEPS.

“Siempre hemos visto que eso era ir un paso más allá que hacer programas o recursos, sino que el cambio fuera interno, endógeno, que el propio equipo de profesores asumiese eso y que no recurriera a apoyos externos, sino que ellos mismos vieran cómo pueden trabajar la salud con la convivencia y con los recursos que hay en el centro.” (Personal del SARES)

“Cada vez los centros están apostando más por la salud. Antes los proyectos eran actividades más aisladas y, mediante la Red actual, hay una gran cohesión de alternativas y actividades saludables. Vemos que la evolución en cantidad está bien y en calidad, todo indica que va por la misma senda. Sin embargo, necesitamos más estudios y ayudas para poder evaluarlo de forma completa.” (Personal del SARES)

Desde el SARES se hace hincapié en la importancia del liderazgo interno desde los propios centros y de la gestión de los programas de salud de forma autónoma por el profesorado de cada centro para poder llegar a alcanzar la sostenibilidad de la red. Por otro lado, también incide en que ha habido una considerable evolución en cuanto a cantidad de centros pero que deben seguir trabajando en mejorar la calidad para que esta red sea sostenible en el futuro.

3.2.1.3. DETERMINANTES DE LA SALUD

Como se ha comentado previamente, esta subcategoría iba a ser una categoría como tal, sin embargo, se decidió subordinarla a la categoría evaluación ya que siempre que se nombraba era en relación a la propia evaluación de los mismos determinantes. De tal forma, en la mayoría de las referencias se alude a la importancia de la evaluación global de los diferentes determinantes de la salud tratados dentro de las EPS, en lugar de la evaluación actual de los mismos que suele ser individualizada e inconexa con los demás determinantes.

“Una vez que se configura la Red de Escuelas Promotoras de Salud, en lo que más nos hemos beneficiado todos es en el enfoque. No trabajar de manera temática los consumos de drogas, sexualidad, actividad física o alimentación sino esa forma de pensar en la salud de una forma más global y holística.” (Personal del SARES)

“...las EPS te aportan un enfoque global de la salud, porque a veces llegan muchos temas fragmentados y la escuela da la sensación que debe resolverlo todo y no llega. Por tanto, la idea es dar un marco globalizador que integre todo lo relacionado con la salud y el bienestar de la comunidad educativa.” (Personal del SARES)

Desde el SARES se hace especial alusión a la importancia de trabajar y evaluar los determinantes de la salud de forma que exista interrelación entre ellos, en lugar de hacerlo de forma fragmentada. Ya que se entiende que la salud es un concepto holístico y global, y como tal debe trabajarse.

“...tan pronto nos rasgamos las vestiduras con la actividad física y la obesidad, conocemos las evidencias y los beneficios, reconocemos que es muy importante y, aun así, no somos capaces de darle la eficiencia y generar la eficacia que requiere el problema.” (Investigador post-doc)

“...tengo que ser crítico con el plan de fruta. El día que se reparte en el recreo, depende de la fruta que sea te encuentras mucha fruta en las papeleras o que los niños no cogen y en su lugar traen bollería industrial.” (Coordinador EPS y maestro EF)

“Yo lo que veo es que tiene que haber mayor relación entre los centros, especialmente entre los docentes. Si ya se pudiese hacer hasta redes por áreas específicas (actividad física, bienestar emocional, alimentación, educación sexual...) en las que los centros estuviesen interesados sería lo mejor.” (Profesorado Universidad de Zaragoza)

Este apunte es interesante, ya que una herramienta así permitiría conectar a docentes que estén llevando a cabo acciones sobre determinados determinantes concretos y a docentes que quieran llevarlas a cabo en su centro, pero que actualmente no lo estén haciendo. De esta forma aumentaría la calidad y se descargaría de trabajo de gestión al SARES.

3.2.1.4. COMUNICACIÓN

Esta subcategoría se encuentra dentro de la categoría barreos. En las referencias extraídas se hace hincapié en la necesidad de mejorar la comunicación dentro de la red, es decir entre las propias escuelas y entre el SARES y las escuelas. Concretamente, desde el SARES se alude a la necesidad de algún tipo de herramienta que pueda mejorar la comunicación de la red y desde las escuelas se alude a la necesidad de una mayor supervisión y feedback por parte del SARES sobre lo que se está llevando a la práctica. Las principales intervenciones de participantes han sido realizadas por el SARES y personal de los centros educativos.

“Yo creo que en la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud lo que está fallando es la propia red. Porque cada vez hay más escuelas y cada vez más gente se suma a ello porque es relativamente sencillo y todos queremos trabajar la salud. Pero yo, por ejemplo, no sé lo que hacen en el IES Sierra de Guara a no ser que me plante allí o pregunte a algún docente. Falla un poco que estemos más interconectados como una verdadera red en la que se expliquen las iniciativas o actividades que cada uno pone en práctica.” (Profesor de EF)

“Es necesario que sobre todo los que saben coordinar o ya han coordinado más proyectos de este tipo durante más tiempo lo compartan con los más nóveles o los que demanden ayuda. Porque al menos nosotros, a veces, vamos dando palos de ciego y vamos probando actividades y alternativas que no sé hasta qué punto son las más indicadas, aunque suelen salir bien.” (Profesor de EF)

“Yo lo que comentaba de la evaluación lo decía desde un punto de vista egoísta, porque como profesor de EF y coordinador de la EPS no sé si estoy haciendo las cosas bien y

me gustaría tener algún tipo de feedback o información sobre si son efectivas estas actividades.” (Profesor de EF)

Este profesor vuelve a hacer hincapié en la necesidad de una herramienta que pudiese conectar a los centros y a los docentes con el fin de mejorar la comunicación y las acciones realizadas dentro de la red. De esta forma, podrían recibir el feedback necesario por parte de otros compañeros sobre lo que están implementando. Ya que actualmente el SARES está desbordado y no puede dar ese feedback a cada uno de los centros EPS.

“También tengo que decir que cuando hacemos las jornadas anuales, no veo mucho interés de los centros en cuanto a comunicarse los unos con los otros, a preguntar por las experiencias que se realizan, etc. ya que, pese a no tener una herramienta o plataforma de comunicación, sí que están al alcance de todo el mundo los números de teléfono, con lo que no sería complicado ponerse en contacto con cualquier centro de forma directa. Al hilo de esto, veo que somos una red que cada vez es más grande y que está en continuo crecimiento. Sin embargo, no veo que los centros tengan ese concepto de pertenencia a una red ni que la sepan aprovechar correctamente.” (Personal del SARES)

“Existe un gran problema de comunicación interna dentro de los propios centros, ya que hay EPS en las que parte de su profesorado no sabe que lo son, o su alumnado o las familias. Desde la Red Europea de EPS se da mucha importancia a la comunicación, tanto a la interna como a la externa del centro. Si consiguiésemos corregir este aspecto mejoraríamos la pertenencia, que es lo que falla actualmente, el sentimiento de pertenencia a la red EPS (puesto que solo está enterado el coordinador y 3 más). Mejorar la cohesión y pertenencia dentro del propio centro.” (Personal del SARES)

Desde el SARES destacan que la falta de comunicación existente también está relacionada con la aparente pasividad de los centros. Del mismo modo, también inciden en la importancia que debe tener mejorar la comunicación dentro de los propios centros EPS para que no solo todo el profesorado, sino alumnado y familias sean conscientes de que pertenecen a una EPS.

3.2.1.5. ENTORNO

Se corresponde con otra subcategoría de barreras y en este caso se alude al déficit de colaboración en las EPS con el entorno próximo, ya sea en el ámbito rural o urbano. Varios agentes destacan las barreras con las que se encuentran docentes y la administración a nivel urbano y rural.

“Creo también que falta continuidad en territorios pequeños como pueda ser la provincia de Huesca, especialmente en los pueblos. Sí que comparto la necesidad de que haya un mínimo, un núcleo básico común entre todos en el que reconocernos como red.”
(Personal del SARES)

“...desde el SARES estamos enfocándonos en esa dinámica con el objetivo de reforzar la comunicación de los centros sanitarios y educativos. Creo también que hay que dar tiempo a la iniciativa y se ha avanzado mucho.” (Personal del SARES)

“Claro, luego está también el tema de la institucionalización y movilidad del profesorado que, con las altas tasas de interinidad, el gran movimiento que hay de docentes a nivel rural... es muy difícil mantener algunos proyectos en el tiempo.” (Personal del SARES)

Desde el SARES se muestra la preocupación por las diferencias existentes entre el entorno rural y urbano, así como las altas tasas de interinos como una amenaza para poder mantener los cambios o los programas de salud en determinadas zonas geográficas rurales.

“Concretamente en el IES Miguel Servet, empezamos poco a poco porque allí en secundaria y bachillerato, todo el mundo es catedrático, todo el mundo sabe mucha química y mucho de todo, pero en cuanto a la salud nadie se atrevía a dar un paso al frente o no les concierne.” (Coordinador EPS)

“Introducir algo general es muy complicado, es decir, decirle a un centro que a partir de mañana es una Escuela Promotora de Salud, aquí tenéis el currículo, tenéis tal y cual y el programa no funciona. Tiene que funcionar el de abajo y el de arriba (alumnado, profesorado y administración) y no es lo mismo un contexto que otro, ni una zona rural que otra urbana.” (Coordinador EPS)

En este caso, este coordinador de EPS hace hincapié en los problemas del entorno urbano vividos desde su propia experiencia.

3.2.1.6. PERSONAL(RRHH)

Esta es la última subcategoría dentro de barreras y, seguramente la más importante, puesto que alude a las dificultades que se encuentran las personas que trabajan y gestionan la red. De esta forma, se señalan las dificultades con las que se encuentra el profesorado, coordinadores de EPS y personal del SARES para desempeñar correctamente su trabajo a diario.

“...cuando escuchas las experiencias del Pío XII, todo está muy bien, pero es cuestión de voluntad por parte de los profesionales que están trabajando allí y no existe una compensación horaria, al menos para docentes.” (Profesor de EF)

Muy importante la reivindicación que hace este profesor sobre la compensación horaria para poder llevar a cabo las acciones y la implicación que demanda ser EPS.

“A nivel de recursos humanos sí que nos cuesta mucho hacer un correcto seguimiento de la evaluación de cada una de las escuelas, porque claro, esto es únicamente un 20% de nuestro trabajo en el SARES. Estamos muy poca gente para hacer lo que en teoría se pretende y no podemos dar un feedback individualizado a todas las escuelas. Porque, por ejemplo, en Huesca somos únicamente dos personas.” (Personal del SARES)

Desde el SARES también ponen de manifiesto las dificultades y escasez de recursos humanos que tienen para gestionar el volumen de centros de la RAEPS.

“Yo sí que me acuerdo siempre de la figura que había en los centros antes de la crisis que era la del facilitador, una figura que se contrataba con una media jornada y hacía las labores de apoyo en el centro y como vínculo con los CPR, ahora CIFE.” (Profesorado Universidad de Zaragoza)

En este caso se propone recuperar una opción de apoyo docente mediante la figura del facilitador que ya no existe.

“...yo creo que es importante tanto que los equipos como la persona que coordine pueda tener oxígeno o algún tipo de descarga lectiva porque si no es muy difícil continuar o perpetuar estas alternativas y programas.” (Coordinador EPS)

“Por otro lado, otra forma que veo muy importante para cuidar a los encargados de coordinar estos programas es facilitarles la gestión mediante el alivio o descarga horaria de docencia. Esto es muy simple. No se puede estar a todo y si uno tiene que dar sus horas de docencia, de tutorías, preparar clases, corregir trabajos y exámenes y además gestionar, es normal que nadie quiera coordinar programas ya que no es fácil ni rentable para el docente. Entonces quizá sea ese el aspecto que más falle y no la propia red EPS.” (Coordinador EPS)

Este coordinador vuelve a hacer énfasis en la importancia de la descarga lectiva o compensación horaria para poder llevar a cabo las responsabilidades que exige ser EPS. Además, incide en que, si ese aspecto no se cambia, ningún docente va a querer asumir las responsabilidades que conlleva coordinar una EPS.

3.2.1.7. COLABORACIONES

Esta subcategoría se incluye dentro de la categoría de propuestas de mejora. Las referencias recogidas en este apartado aluden a la importancia de colaborar con otras entidades externas a las EPS y que tengan relación con el barrio o la comunidad. Algunas de estas propuestas de colaboración son los centros de salud, la universidad y otras instituciones. Estas colaboraciones demandadas son muy diferentes en función de los participantes del grupo de discusión que las demandan.

“...creo que la evolución ha sido muy buena, pero creo que todavía va a ser mejor, puesto que en otros ámbitos también se están haciendo iniciativas similares en forma de Aprendizaje-Servicio o el tema de la salud en los barrios. En Zaragoza ha cuajado bastante bien y en Huesca está en vías de desarrollo. Permitirá conectar a más gente fuera de la escuela, con lo que es la preocupación por la salud y la promoción de ésta.” (Personal del SARES)

“...es determinante la colaboración con la universidad, porque os necesitamos para seguir mejorando y hay varios ámbitos en los que, a nosotros por limitación horaria, laboral o incluso de formación nos es muy difícil llegar o no llegaríamos con la misma eficiencia que vosotros. Especialmente en cuanto a nuevas evidencias, actividades, programas, novedades y descubrimientos relacionados con la salud” (Personal del SARES)

Desde el SARES se pide realizar mayores colaboraciones con la universidad, puesto que argumentan que pueden ayudarles a mejorar la red, especialmente en cuanto a conocimiento técnico sobre evidencias científicas en educación para la salud.

“...me gustaría hacer hincapié en los centros de salud, que tienen una gran cantidad de datos sobre conductas nocivas de los ciudadanos del barrio, contabilizan las consultas y los tipos de estas o temas de cada una de estas., por lo que creo que sería interesante que viniesen al instituto y nos dijese a los coordinadores de la red EPS: “ oye mira: en esta zona o en Huesca, o en Aragón (tampoco hace falta que nos personalice a nadie o zonas concretas si no es posible pero sí una información actualizada) no está llegando mucha adicción al tabaco o nos están llegando conductas de riesgo sexuales importantes, etc.” Entonces claro, ahí ya sabemos dónde tenemos que poner el foco o el énfasis para trabajar desde el centro, e incluso sabemos si tenemos que pedir ayuda a agentes externos u organizaciones porque no somos capaces de tratar o afrontar correctamente ciertas problemáticas.” (Profesor EF)

Este docente alude a la importancia de empezar a colaborar con los centros de salud, puesto que les permitirán conocer en qué aspectos relacionados con la salud deben incidir desde el centro según la edad.

“...conseguimos tener una continuidad e incluso animar a algunos padres a que acudiesen a las formaciones. Por otro lado, estuvimos hablando con el centro de salud de Sagasta y ellos en ese momento (hace 20 años) no quisieron colaborar porque consideraban que no iba con ellos. Mi perspectiva general es que todo está cambiando a mejor o, al menos hacia una mayor sensibilización.” (Coordinador EPS)

“...se necesita actualmente la figura del facilitador o animador socio-cultural que existía antes y que era el cargo que tenía que reclamar un ayuntamiento en coordinación con un centro. El 50% de la nómina la pagaba el centro y el otro 50% el ayuntamiento. Con esta figura podríamos contar con un profesional que sería otra figura más en el propio claustro.” (Profesorado Universidad de Zaragoza)

3.2.1.8. FORMACIÓN

Esta subcategoría también se encuentra dentro de la categoría propuestas de mejora. En ella se hace hincapié en la necesidad de mejorar la formación de las personas que participan en la red, especialmente de los maestros y profesores en materia de salud o promoción de la salud. En este apartado cobra especial importancia la participación del CIFE como organismo gestor de la formación de maestros y profesores.

“Antes no se valoraba la red de formación, pero ahora estamos viendo que hay que adaptarse al momento. Tenemos que hacer una formación que se adecúe al s. XXI. Tenemos que adaptarnos además a las características del nuevo tipo de alumnado.” (Personal Administración Educativa)

“...Se me ha ocurrido hacer una propuesta, que es muy similar al Plan de Igualdad de tres años que hemos ido diseñando a lo largo de este curso como formación para realizar en los CIFE. Entonces, de la misma forma se me ocurre plantear un plan de salud. Y tendríamos esa formación en los CIFE para que el centro que quisiese trabajar la salud pudiese tener esa formación. Y ahí podríamos entrar todos (SARES y Universidad).” (personal Administración Educativa)

Desde la administración educativa se reconoce que existe un déficit de formación en educación para la salud y que la administración debe intervenir. Del mismo modo, hace una propuesta para trabajar en el futuro desde los CIFE.

“Respecto a la formación, considero que no es blanco o negro y que se debería compaginar presencial y on-line. Actualmente creo que las jornadas que hemos realizado en el CIFE han sido muy productivas para los docentes que han podido participar.” (Personal CIFE)

“Mi formación tiene una gran relación con la educación. Me formé en CCAFD y Máster de profesorado y nadie me ha hablado nunca de unas Escuelas Promotoras de Salud dentro de estos planes de estudio. Por lo tanto, invito a la reflexión sobre la importancia de concienciar y formar a los docentes para liderar estos proyectos cuando afronten su trayectoria laboral.” (Investigador Post-doc)

Este investigador alude a la importancia de formar también desde la propia universidad, concretamente desde los másteres de profesorado) en educación para la salud, o al menos, en conocer la RAEPS.

“Es muy difícil involucrar a las familias, tanto por falta de tiempo como por falta de formación. Una de las opciones que planteamos en uno de los institutos que estuve fue hacer una escuela de padres, en la que se les formaba con los intereses del proyecto educativo de centro y, por tanto, se aprovechaba para introducir aspectos saludables. En primaria es más fácil ponerla en práctica que en secundaria.” (Coordinador EPS)

Tal y como señala este coordinador, no hay que olvidarse de que las familias también pueden necesitar formación, aunque sea difícil y cueste.

3.2.1.9. NUEVOS INSTRUMENTOS

Finalmente, esta última subcategoría también está relacionada con la categoría propuestas de mejora. En las referencias recogidas se destaca la importancia de la creación de nuevas herramientas que permitan gestionar la red de forma óptima. Del mismo modo también se alude a la creación de herramientas que además de coordinar, permitan evaluar la red de una forma más efectiva que las actuales.

“Yo creo que la evaluación falta por todas partes, es decir, qué es lo que diferencia a una Escuelas Promotoras de Salud de otra que no lo es. Como solo estuve un año quizá es

falta de información, pero cuando estuve allí nadie me habló de ningún tipo de estrategia de medición o algo parecido. Creo que falta una sistematización de las acciones, del registro de estas y de su evaluación.” (Personal Universidad de Zaragoza)

Desde la universidad se alude a la falta de sistematización y de herramientas correctas que permitan evaluar correctamente.

“Otro de los aspectos que me había apuntado es sobre la evaluación. Porque no sé si es del todo correcta o está sistematizada porque hacemos cosas que no sé hasta qué punto están en seguimiento. Por ejemplo, hacemos talleres de cyberbullying o de educación sexual y luego te encuentras con que sigue habiendo situaciones de bullying en el centro, o te viene una chica y te dice que no sabe si se ha quedado embarazada. Algo o no termina de ser correcto o hay que valorar qué cosas son más efectivas. Entonces no tenemos a nadie que nos diga; ¡oye, este es el cuestionario o el informe para orientarte o saber si vas por buen camino”. Estamos un poco navegando por donde podemos cada centro.” (Profesor EF)

Este docente también alude a la necesidad de crear nuevos instrumentos de evaluación

“Nosotros anualmente hacemos un informe en base a los determinantes que aparecen en los informes de todas las Escuelas Promotoras de Salud. Claro, la duda es si es una buena herramienta para, de alguna manera, valorar si lo estamos haciendo bien como Escuela Promotora de Salud o lo que estamos haciendo es susceptible de mejora. Por lo tanto, creo que ahí fallamos y la herramienta es limitada.” (Personal del SARES)

“...lo que en verdad es necesario es conseguir una herramienta de evaluación adecuada, que permita desahogar trabajo a los responsables del SARES, permita coordinar completamente a cada una de las Escuelas Promotoras de Salud y ponerlas en contacto de forma eficiente.” (Personal del SARES)

“Yo creo que una de las cosas que se pide es que la evaluación esté integrada dentro de las evaluaciones que realice el centro. No tiene que ser una evaluación excepcional y tampoco tiene sentido evaluar haciendo exámenes. Con lo cual, en este sentido, el profesorado hace mucha evaluación a partir de la observación y a los métodos cualitativos como los comentarios de chavales, grupos de chavales.” (Personal del SARES)

Desde el SARES también se demanda la creación de una herramienta de evaluación adecuada que ayude tanto a los docentes en su implementación como a ellos a gestionar la red. También destacan que lo ideal sería que la evaluación estuviese integrada dentro del propio centro.

4. Discusión

4.1. Discusión de los resultados

Los maestros y profesores son agentes fundamentales en la promoción de la salud escolar ya que saben cómo percibir el desarrollo y la implementación de un programa de promoción de la salud en su escuela, permitiendo ayudar a identificar factores importantes en el programa (Grieg y Wold, 2005). Esta información es vital para un mayor desarrollo y difusión de la RAEPS y de otros programas similares. En relación a esto, es importante no saturar ni quemar a los docentes, ya que esto solo puede repercutir negativamente en las EPS y en su propia labor, tal y como se ha destacado en los resultados de esta investigación.

Para mejorar la eficacia de las EPS, un estudio reciente (Sallis, 2018) sugiere la necesidad de realizar intervenciones escolares multinivel (intervenir desde el nivel individual, social, institucional, comunitario y político), multi-componente (intervenir desde la vía curricular y no curricular) y sobre múltiples comportamientos (intervenir sobre los diferentes determinantes de la salud como la actividad física, la alimentación, la salud emocional y la prevención de consumos de sustancias nocivas), dada la interrelación existente entre unos comportamientos y otros.

Hasta la fecha existe un número muy limitado de programas de intervención escolares que hayan abordado la promoción de comportamientos saludables atendiendo a estos tres elementos, siendo así uno de los retos de la investigación en EPS (Langford et al., 2017). Del mismo modo, en los grupos de discusión se han recogido verbalizaciones muy relacionadas con este aspecto.

Por otro lado, las intervenciones que han evaluado los determinantes de la salud han arrojado resultados dispersos. Pese a haber varios determinantes de la salud, la mayoría de los estudios (78% aproximadamente) está enfocado a actividad física y alimentación, por otro lado, la salud emocional y convivencia (10% aproximadamente) y para la prevención de consumos o sustancias y la concienciación ambiental (12% aproximadamente) (Langford et al., 2014). Por lo que se necesita una mayor implicación por parte de las EPS en estos determinantes menos populares (salud emocional, convivencia, prevención de consumos y sustancias). Respecto a esto último, las verbalizaciones recogidas sugieren que aparentemente en Aragón se intenta abarcar todos los determinantes.

Del mismo modo, también se requiere un mayor número de investigaciones para determinar la efectividad (en función de la edad del alumnado) a la hora de implementar

determinantes relacionados con la salud sexual, la salud mental, el uso de alcohol y drogas, y la violencia. Estas deberán tratar de determinar si estos resultados se abordan mejor en la infancia o en la adolescencia (Langford et al., 2014). Por ejemplo, dentro de los datos recogidos también existe debate sobre si el plan de fruta (que se englobaría en el determinante de la alimentación) es efectivo o no en Aragón. del mismo modo, los participantes también registraron carencias y dificultades a la hora de tratar el tema de la salud sexual desde los institutos.

Es importante destacar que la literatura científica señala que el entorno escolar constituye un ambiente privilegiado para implementar proyectos de promoción de la salud y concienciación medioambiental. Esto se debe a que: 1) los niños permanecen una gran parte del día en los centros escolares, 2) la etapa infantil y adolescente es crítica y determinante para adquirir comportamientos saludables y medioambientales que se mantengan en la etapa adulta, 3) permite atender, de forma inclusiva, a grupos prioritarios como el alumnado con un menor estatus socio-económico o con algún tipo de diversidad funcional y 4) además permite involucrar de manera activa a todos los agentes de la comunidad para implementar estrategias a través de la vía curricular y no curricular (Singh et al., 2017).

Es necesario incrementar el número de investigaciones cualitativas para proporcionar una comprensión más profunda del proceso de implementación de las EPS (Hung et al., 2014). En la literatura consultada, el número de investigaciones cuantitativas sigue siendo superior. Sin embargo, se han localizado varios estudios con un procedimiento similar al de nuestra investigación (Grieg y Wold, 2005; Tjomsland, Larsen, Viig y Wold, 2009; Keshavarz, Nutbeam, Rowling y Khavarpour, 2010; Gugglberger y Dür, 2011; Melo, Moura, Aires y Cunha, 2013; Flaschberger et al., 2013; Persson y Haraldsson, 2017) en cuanto a uso de técnicas de investigación cualitativa (entrevistas, grupos de discusión, grupos focales) sin embargo, siguen predominando los estudios de caso sobre la investigación acción participativa (a nivel de diseños metodológicos). Además, varios agentes en los grupos de discusión de nuestra investigación demandaban la aparición de métodos cualitativos en el proceso de evaluación. Este tipo de investigaciones puede ser útil para desarrollar una teoría sustancial que describa el proceso de implementación exitosa de las mismas.

Aludiendo a los resultados descritos previamente en la Tabla 2 (Distribución de las referencias según categorías y subcategorías), se observa claramente que los agentes han incidido mucho en la necesidad de incorporar nuevos instrumentos de evaluación e

implementación, así como sobre incrementar o mejorar la formación de los docentes. En relación a los nuevos instrumentos se destacan las referencias extraídas en el análisis.

Varios autores señalan que el desarrollo de una iniciativa o un programa basado en evidencia necesita observar de cerca el contexto local (Pommier et al., 2011). Del mismo modo, la ausencia de pautas específicas para la implementación ha obstaculizado el desarrollo y evaluación de las escuelas promotoras de la salud (Rowling y Samdal, 2011).

Por otro lado, tal y como señala uno de los docentes participantes, es muy difícil hacer un seguimiento y sistematización de la evaluación sin unos instrumentos concretos. En la literatura consultada (Langford et al., 2015), se destaca que los cambios producidos en los comportamientos saludables del alumnado de las EPS fueron muy reducidos. Y entre las posibles causas se encuentra la falta de rigurosidad en la elección de instrumentos y toma de datos.

Desde la literatura también ha habido varias investigaciones en las que se ha planteado la misma problemática (Bonell et al., 2012; Langford et al., 2014; Langford et al., 2015; Rosas, 2015; Turunen et al., 2017). Tal y como se ha expuesto previamente en el marco teórico, la principal alternativa a la hora de mejorar el proceso de evaluación de la RAEPS y liberar o facilitar el trabajo al SARES parece ser una herramienta basada en los modelos de planificación de intervenciones (Crosby y Noahr, 2011). Mediante éstas se facilitaría la evaluación de comportamientos relacionados con la salud. La referencia más importante en la actualidad de estos programas es el modelo RE-AIM (Allen et al., 2011; McGoey et al., 2015; Glasgow et al., 2019) o en su defecto, una herramienta basada en las características de evaluación holística que este integra.

Por otro lado, varias investigaciones (Simar et al., 2007, Jourdan, et al., 2008) señalan que los docentes que han recibido formación relacionada con promoción de la salud participan más frecuentemente en estos proyectos. La falta de formación de los docentes es una de las principales barreras que deben ser superadas para que las EPS puedan desarrollarse de forma eficaz. A esto se le añade que, según varios estudios, los docentes que coordinan los programas de promoción de la salud no son lo suficientemente reconocidos ni valorados por la comunidad educativa, especialmente por el resto de profesorado (Leger, 2000; Carlsson, 2016).

De esta forma es aún más importante si cabe, facilitar y formar a los docentes en promoción de la salud mediante los CIFE en Aragón. Ya que el problema que se encuentra la

RAEPS es que el resto de profesorado (que no participan en la red de EPS) de los centros no valora la labor de sus compañeros ni realiza esfuerzos por participar o apoyar.

Entre las propuestas de mejora realizadas por los diferentes agentes se encuentra la necesidad de establecer o estrechar nuevas colaboraciones con otras entidades y con la comunidad. De forma específica, en las verbalizaciones se alude a incentivar la colaboración con las familias, con los centros de salud.

Las EPS pretenden individualizar y poner énfasis en la problemática o necesidades de su propio centro o del entorno próximo. Por lo que es imprescindible que incentiven la participación no solo de profesores y estudiantes, sino también de autoridades escolares, familias y colaboradores externos (Grieg y Wold, 2005) en la implementación de las diferentes estrategias de promoción de la salud. La colaboración con otras entidades, al igual que la implicación de agentes externos procedentes de diferentes niveles (individual, social y político), es uno de los principios más importantes del Modelo Socio-ecológico (Sallis et al., 2006; Sallis et al., 2008) y sobre el que deberán sustentarse las EPS para sustentar su viabilidad futura.

Tras realizar esta investigación, puede parecer que el panorama no es muy alentador, sin embargo, nada más lejos de la realidad. Tal y como se estructura el panorama actual de las EPS y echando la vista atrás a los años 90 en los que surgió el mismo, obviamente se aprecia una aceptable progresión. Sin embargo, varios investigadores coinciden en destacar que a nivel personal creen que las intervenciones multinivel y las EPS han avanzado más rápido en la práctica que en la propia investigación (Sallis, 2018). Esto es fácilmente demostrable teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios registran una mejoría en los determinantes de la salud estudiados y en los que no se registran por diversas razones, las percepciones de sus docentes y coordinadores son que existe una mejoría desde que forman parte de las EPS.

Entre las razones que pueden influenciar la problemática a la que aludía el Dr Sallis sobre el retraso que parece llevar la investigación en relación a la práctica real, posiblemente se encuentren varias de las mencionadas en esta investigación. Principalmente serían la falta de formación de los docentes y coordinadores en metodología, tratamiento, recogida y análisis de datos; la poca claridad a la hora de establecer unos instrumentos concretos por parte de la comunidad científica; la indeterminación de un método de evaluación concreto para programas o redes de promoción de la salud; y, especialmente, la excesiva carga horaria, de alumnado y de responsabilidades en los docentes que coordinan o ponen en práctica diferentes implementaciones.

4.2. Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones que tiene este estudio se encuentra la falta de medios y de tiempo para haber realizado más grupos de discusión, por ejemplo, en Teruel, de cara a la trascendencia de la investigación en la propia Comunidad Autónoma de Aragón.

Por otro lado, otra limitación es el acceso al campo de estudio, especialmente si no se tiene la posibilidad de contar con “porteros” que conozcan la realidad. En relación a esto, contar con los participantes del estudio también ha sido muy difícil, ya que hacerlos coincidir un mismo día, cuando tienen horarios laborales diferentes ha sido un verdadero reto. De hecho, los grupos de discusión estaban planificados en un inicio con más participantes, sin embargo, se fue reduciendo la cifra por incompatibilidades para acudir.

4.3. Prospectiva del estudio

Dentro de la literatura científica existen bastantes estudios de este tipo. Sin embargo, en la Comunidad Autónoma de Aragón es algo bastante novedoso. Por esta misma razón, las percepciones recogidas por los participantes, junto con el contraste realizado mediante los estudios de la literatura científica, puede suponer un buen punto de partida para la realización de futuros estudios con los agentes de EPS o sobre el diseño e implementación de intervenciones en EPS.

Del mismo modo, sería conveniente realizar un estudio con estas características incluyendo también a la provincia de Teruel (SARES, coordinadores de EPS, profesores y maestros principalmente). De esa forma sí que podríamos asegurar con una mayor certeza que los resultados derivados de la investigación representan a la totalidad de la Comunidad Autónoma de Aragón.

A nivel metodológico sería interesante realizar un estudio en el que además de incluir los grupos de discusión se completase la percepción recogida de los diferentes agentes con varias entrevistas semi-estructuradas. De esta forma, algunos agentes podrían llegar a realizar verbalizaciones que, en un grupo de discusión, debido al número de participantes, no las harían.

5. Conclusiones

Tras la realización de este estudio se ha llegado a las siguientes conclusiones.

Los diferentes agentes que han participado en la investigación destacan la necesidad de revisar los procesos evaluativos de este tipo de redes, especialmente los que guardan relación con las propias intervenciones o la implementación de los diferentes determinantes de la salud. Del mismo modo, también se alude a la importancia de evaluar la RAEPS de forma holística para comprobar su sostenibilidad. En relación a esto, la propuesta más destacada por la literatura científica para evaluar este tipo de redes es el marco del RE-AIM.

Del mismo modo, las barreras detectadas por los agentes en esta investigación son la falta de políticas específicas de promoción de la salud en el ámbito educativo, la escasez de recursos humanos y de personal, la relación con el entorno y la comunidad y la falta de supervisión por parte de la administración educativa y del SARES.

Dentro de las propuestas de mejora se ha detectado que lo que más se reclama por parte de los agentes de la RAEPS es la necesidad de mejorar la formación en promoción de la salud de los docentes y coordinadores de estos programas. Por otro lado, y relacionado con lo anterior, también se alude a la necesidad de introducir nuevos instrumentos en la evaluación, es decir, implementar nuevas herramientas de evaluación. Estas serían tanto para los docentes (herramientas de evaluación para los diferentes determinantes de la salud) como para los coordinadores de la RAEPS (gestión y evaluación de la red). Paralelamente, también se hace referencia por parte de los participantes del estudio a la necesidad de establecer relaciones con la comunidad y el entorno próximo (especialmente mediante colaboraciones y comunicación con los centros de salud cercanos), algo que en la literatura científica consultada también se ha manifestado.

Finalmente, se ha detectado en la presente investigación una falta de compromiso y participación por parte del profesorado que compone las EPS, en contraposición a la proactividad del profesorado de EF, sobre el que suele recaer la responsabilidad de la coordinación de los centros EPS en la Comunidad Autónoma de Aragón.

6. Referencias bibliográficas

La siguiente bibliografía se ha realizado tomando como referencia los criterios de la 6ª Edición de la normativa APA.

- Adamowitsch, M., Gugglberger, L., y Dur, W. (2017) Implementation practices in school health promotion: findings from an Austrian multiple-case study. *Health Promotion International*, 32, 218–230.
- Allen, K., Zoellner, J., Motley, M., y Estabrooks, P.A. (2011). Understanding the internal and external validity of health literacy interventions: a systematic literature review using the RE-AIM framework. *Journal of Health Communication*, 16(3), 55-72.
- Arraiz, A., y Sabirón, F. (2012). *Orientación para el aprendizaje a lo largo de la vida: modelos y tendencias*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Jensen, B. B., Paulus, P., Rivett, D., y Young, I. (2006). Health-promoting schools: a resource for developing indicators. *European Network of Health Promoting Schools*.
- Baruth, M., Sharpe, P., Parra-Medina, D., y Wilcox, S. (2014). Perceived barriers to exercise and healthy eating among women from disadvantaged neighborhoods: Results from a focus groups assessment. *Women and Health*, 54(4), 336-353.
- Berrocal, E., y Expósito, J. (2011). El proceso de investigación educativa II: Investigación- acción. In *Innovación docente e investigación educativa: Máster Universitario de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas* (pp. 35-50). Grupo Editorial Universitario (GEU Editorial).
- Bleich, S. N., Vercammen, K. A., Zatz, L. Y., Frelief, J. M., Ebbeling, C. B., y Peeters, A. (2018). Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(4), 332-346.
- Bonell, C., Fletcher, A., Morton, M., Lorenc, T., y Moore, L. (2012). Realist randomised controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2299-2306.

- Buijs, G. J. (2009). Better schools through health: Networking for health promoting schools in Europe. *European Journal of Education*, 44(4), 507-520.
- Cason-Wilkerson, R., Golberg, S., Albright, K., Allison, M., y Haemer, M. (2015). Factors influencing healthy lifestyle changes: A qualitative look at low-income families engaged in treatment for overweight children. *Childhood Obesity*, 11(2), 170-176.
- Carlsson, M. (2016). Denmark. Conceptualizations of professional competencies in school health promotion. *Health Education*, 116(5), 489-509. Danish School of Education, Aarhus University, Copenhagen.
- Cohen, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La muralla.
- Colás, M^a. P., y Buendía, L. (1994). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- Crosby, R., y Noahr, S. M. (2011). What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of Public Health Dentistry*, 71, 7-15.
- Davis, J. M., y Cooke, S. M. (2007). Educating for a healthy, sustainable world: an argument for integrating health promoting schools and sustainable schools. *Health Promotion International*, 22(4), 346-353.
- Del Villar, F. (1994). La credibilidad de la investigación cualitativa en la enseñanza de la Educación Física. *Apunts de Educación Física y Deporte*, 37, 26- 33.
- De Miguel, M. (1989). Modelos de investigación sobre organizaciones educativas. *Revista de Investigación Educativa*, 13(7), 21-57.
- Deschenes, M., Drouin, N., Tessier, C., y Courtier, Y. (2014), "Schools' capacity to absorb a healthy school approach into their operations: insights from a realist evaluation", *Health Education*, 114(3),
- Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., Van Mechelen, W., Pratt. M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311-1324.
- Flaschberger, E., Gugglberger, L., y Dietscher, C. (2013). Learning in networks: individual teacher learning versus organizational learning in a regional health-promoting schools network. *Health Education Research*, 28(6), 993-1003.

- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., y Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. *Frontiers Public Health*, 7, 64.
- Gleddie, D. (2012) A journey into school health promotion: district implementation of the health promoting schools approach. *Health Promotion International*, 27, 82–89.
- Gobierno de Aragón (2009). Red Aragonesa de Escuelas de Promoción de la Salud (RAEPS).
- Griebler, U., y Nowak, P. (2012). Student councils: a tool for health promoting schools? Characteristics and effects. *Health education*.
- Grieg, N., y Wold, B. (2005). Facilitating teachers' participation in school-based health promotion—a qualitative study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49(1), 83-109.
- Gugglberger, L., y Dür, W. (2011). Capacity building in and for health promoting schools: results from a qualitative study. *Health Policy*, 101(1), 37-43.
- Hung, T. T. M., Chiang, V. C. L., Dawson, A., y Lee, R. L. T. (2014). Understanding of factors that enable health promoters in implementing health-promoting schools: a systematic review and narrative synthesis of qualitative evidence. *PloS One*, 9(9), e108284.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). (2008). *Guidelines for health promoting schools*. 2nd ed. Paris.
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F., y Carvalho, G. S. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion & Education*, 15(3), 36-38.
- Joyce, A., Dabrowski, A., Aston, R., y Carey, G. (2017). Evaluating for impact: what type of data can assist a health promoting school approach? *Health Promotion International*, 32(2), 403-410.
- Keshavarz, N., Nutbeam, D., Rowling, L., y Khavarpour, F. (2010). Schools as social complex adaptive systems: a new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. *Social science & medicine*, 70(10), 1467-1474.

- Kesztyüs, D., Schreiber, A., Wirt, T., Wiedom, M., Dreyhaupt, J., Brandstetter, S., ... J. S. (2013). Economic evaluation of URMEL-ICE, a school-based overweight prevention programme comprising metabolism, exercise and lifestyle intervention in children. *European Journal of Health Economics*, 14, 185-195.
- Krueger, R. A. (1988). *El grupo de discusión*. Madrid: Pirámide.
- Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulou, T., Murphy, S. M., Waters, E., ... y Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., y Campbell, R. (2015). Obesity prevention and the Health promoting Schools framework: essential components and barriers to success. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 15.
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., ... Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 130.
- Langford, R., Bonell, C., Komro, K., Murphy, S., Magnus, D., Waters, E., ... Campbell, R. (2017). The health promoting schools framework: Known unknowns and an agenda for future research. *Health Education & Behavior*, 44(3), 463-475.
- Leger, L. (2000). Reducing the barriers to the expansion of health-promoting schools by focusing on teachers. *Health Education*, 100(2), 81-87.
- Macnab, A. J., y Kasangaki, A. (2012), "Many voices, one song: a model for an oral health programme as a first step in establishing a health promoting school", *Health Promotion International*, 27(1), 63-73.
- Macnab, A. J., Gagnon, F. A., y Stewart, D. (2014). Health promoting schools: consensus, strategies, and potential. *Health Education*, 114(3), 170-185.
- McGoey, T., Root, Z., Bruner, M. W., y Law, B. (2015). Evaluation of physical activity interventions in youth via the Reach, Efficacy/Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance (RE-AIM) framework: a systematic review of randomised and non-randomised trials. *Preventive Medicine*, 76, 58-67.

- McIsaac, J. L., Storey, K., Veugelers, P. J., y Kirk, S. F. (2015). Applying theoretical components to the implementation of health-promoting schools. *Health Education Journal*, 74(2), 131-143.
- Melo, H., de Moura, A. P., Aires, L. L., y Cunha, L. M. (2013). Barriers and facilitators to the promotion of healthy eating lifestyles among adolescents at school: the views of school health coordinators. *Health education research*, 28(6), 979-992.
- Miles, M. B., y Huberman, A. M. (1994) *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ministerio de Educación (2009). Red de Escuelas para la Salud en Europa.
- Montenegro, M., Balasch, M., y Callen, B. (2009). *Perspectivas participativas de intervención social*. Editorial OUC: Barcelona.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez-Queija I., Jiménez-Iglesias, A., ... Leal-López, F. (2019). La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del estudio HBSC 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Mūkoma, W., y Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*, 19(3), 357-368.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa, Canada.
- Organización Mundial de la Salud, C.A.C. (1993). *The European Network of Health Promoting Schools: Resource manual*. OMS. Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- Pérez, G. (1990). *Investigación-acción. Aplicaciones al campo social y educativo*. Madrid: Dykinson.
- Persson, L., y Haraldsson, K. (2017). Health promotion in Swedish schools: school managers' views. *Health promotion international*, 32(2), 231-240.
- Pinos, M. (2016). *Evaluación de un programa educativo de competencias, educación en valores y motivación escolar*. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza.
- Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J. P., Janssen, I., ... Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between objectively

- measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6), 197-239. doi:10.1139/apnm-2015-0663
- Pommier, J., Guével, M. R., y Jourdan, D. (2011). A health promotion initiative in French primary schools based on teacher training and support: actionable evidence in context. *Global Health Promotion*, 18(1), 34-38.
- Quintana, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*, 47-84.
- Rodrigo-Sanjoaquín, J., Clemente, J., Antonio, J., Generelo Lanaspa, E., Pérez-Ordás, R., y Sevil-Serrano, J. (2019). *Implementación de las tecnologías de la información y la comunicación en la promoción de hábitos saludables* (No. BOOK-2019-032). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Zaragoza.
- Roman-Viñas, B., Zazo, F., Martínez-Martínez, J., Aznar-Laín, S., y Serra-Majem, L. (2018). Results from Spain's 2018 Report Card on physical activity for children and youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 15(2), 411-412.
- Rosas, S. R. (2015). Systems thinking and complexity: considerations for health promoting schools. *Health Promotion International*, 32(2), 301-311.
- Rowling, L., y Samdal, O. (2011). Filling the black box of implementation for health-promoting schools. *Health Education*.
- Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K., y Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*, 27, 297-322.
- Sallis, J. F., Owen, N., y Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (pp. 465-485). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sallis, J.F. (2018). Needs and challenges related to multilevel interventions: physical activity examples. *Health Education & Behavior*, 45(5), 661-667.
- Sanz, M. (2017). *Barreras percibidas hacia la práctica de actividad física: un estudio de caso instrumental en poblaciones desfavorecidas*. Trabajo Fin de Master, Universidad de Zaragoza.

- Sevil, J., García-González, L., Abós, Á., Generelo, E., y Aibar, A. (2019). ¿Can high schools be an effective setting to promote healthy lifestyles? Effects of a multiple behavior change intervention in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 478-486.
- Shepherd, J., Garcia, J., Oliver, S., Harden, A., Rees, R., Brunton, G., y Oakley, A. (2002). Barriers to, and facilitators of, the health of young people: a systematic review of evidence on Young people's views and on interventions in mental health, physical activity and healthy eating. *Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre*. Londres.
- Simar, C., Jourdan, D., Pizon, F., y Barnoin, J. (2007). Teacher's professional positioning in relation to a health education program. *World conference of IUHPE*, Vancouver, Canada.
- Singh, A., Bassi, S., Nazar, G. P., Saluja, K., Park, M., Kinra, S., y Arora, M. (2017). Impact of school policies on non-communicable disease risk factors-a systematic review. *BMC Public Health*, 17, 292.
- Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach? *WHO Regional Office for Europe*; p. 26. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
- Stufflebeam, D. L., y Shinkfield, A. J. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós/MEC.
- Telama, R., Yang, X., Leskinen, E., Kankaanpää, A., Hirvensalo, M., Tammelin, T., Viikari, J. S., y Raitakari, O. T. (2014). Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 46(5), 955-962.
- Tjomsland, H. E., Larsen, T. M. B., Viig, N. G., y Wold, B. (2009). A fourteen year follow-up study of health promoting schools in Norway: principals' perceptions of conditions influencing sustainability.
- Trigueros, C., Rivero, E., y Rivero, I. (2018). Investigación cualitativa: técnicas conversacionales y narrativas con software NVivo. *Escuela Andaluza de salud pública: Consejería de Salud; Universidad de Granada*. Granada.

Turunen, H., Sormunen, M., Jourdan, D., Von Seelen, J., y Buijs, G. (2017). Health promoting schools—a complex approach and a major means to health improvement. *Health Promotion Enternational*, 32(2), 177-184.

ANEXOS

7.1. Temporalización

MES	DESCRIPCIÓN
NOVIEMBRE (2018)	Elección de la temática del TFM
DICIEMBRE (2018)	Contacto con el SARES. Revisión bibliográfica de las EPS. Concreción del método.
MARZO (2019)	Visita al SARES en Zaragoza y Huesca. Concreción del guión del grupo de discusión.
ABRIL (2019)	Selección de los participantes. Envío de la carta de contacto a los participantes del estudio.
MAYO (2019)	Realización de los grupos de discusión en Huesca y Zaragoza. Transcripción de los grupos de discusión.
JUNIO (2019)	Establecimiento de las primeras categorías. Análisis de las transcripciones.
JULIO (2019)	Revisión y cambios en categorías y subcategorías. Contraste de categorías y subcategorías con otros investigadores. Realización del segundo y tercer análisis de datos.
SEPTIEMBRE (2019)	Descripción y discusión de los resultados. Elaboración de las conclusiones. Restitución de los datos al campo. Envío de los resultados a los participantes en la investigación.

7.2. Guion grupo de discusión

GRUPO DE DISCUSIÓN ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

Presentación inicial

- Buenas tardes a todos/as
- Agradecer la asistencia a los participantes
- Presentación del grupo: Javier encargado de dirigir este “café”. Como ayudante estará Berta Murillo que nos acompañará en el desarrollo de la conversación. Pertenece al grupo de investigación EFYPAF.

Presentación del proyecto

Como ya os adelantamos en la carta de la convocatoria al grupo focal, desde la Universidad de Zaragoza se está desarrollando un proyecto de evaluación y seguimiento de las Escuelas Promotoras de Salud. Para ello, se pretende detectar mediante la opinión de un grupo de expertos como vosotros las dificultades existentes actualmente o lo que consideráis necesario y que todavía no se ha implementado en dichos programas.

Vuestra participación es primordial para llevar a cabo dicho proyecto y podéis ser de gran ayuda para el desarrollo de la investigación. Gracias a vuestras aportaciones podemos extraer ideas y conclusiones con las que seguir trabajando.

Importante:

- Sinceridad, es una información confidencial y no se hará un uso indebido de ella
- Se asegura el anonimato de los participantes. Todas las opiniones son correctas.
- Nos gustaría que todos realizaseis alguna aportación en relación a vuestro ámbito de actuación.

Presentación de la dinámica

- Grabadora: explicarlo
- Turno de respuesta: es importante que no hablen dos personas a la vez, si alguien desea intervenir levantar la mano y dar turno.

- No es obligatorio llegar a un consenso. Es necesario aportar la opinión libremente, se pueden repetir las ideas y contradecirlas.
- Importancia la interacción entre todos, no se trata de una entrevista en la que el moderador pregunta.
- No es necesaria mi aprobación para poder hablar.
- Preguntar si existen dudas antes de comenzar.

Temas a tratar:

CONTEXTO

- ¿Cuáles han sido vuestras motivaciones para participar en el Proyecto de Escuelas Promotoras de Salud?
- ¿Cómo calificáis o valoráis vuestro trabajo hacia la promoción de la salud/el trabajo de los determinantes de la salud?
- ¿Qué evolución habéis observado en vuestro centro desde vuestra participación en el proyecto?

ENTRADA O PROYECTO

- ¿Qué características pensáis que debería tener un proyecto de este tipo para que fuera útil y evaluable?
- ¿Creéis que el programa EPS tiene algunas de esas características?
- ¿Ahora que ya lo conoces, hay algo que echas de menos en el programa EPS?

PROCESO

- ¿Habéis trabajado los diferentes determinantes de la salud? ¿A cuál o cuáles de ellos les habéis dado más importancia?
- Durante la puesta en práctica de vuestro programa, ¿el alumnado, profesorado u otros agentes demandaban mucha ayuda?, ¿le resultaban complejas las propuestas?
- La evaluación es una parte importante de nuestro quehacer docente. ¿Habéis encontrado dificultades para evaluar el programa, los determinantes de la salud (en el alumnado), a partir de lo que el programa de EPS facilita?

PRODUCTO

- ¿Consideráis que el alumnado ha mejorado/modificado los diferentes determinantes de la salud que habéis trabajado con ellos?
- Y en relación al centro educativo o comunidad educativa, ¿cómo valoraríais globalmente los resultados en cuanto a la promoción de la salud?
- ¿Cómo creéis que podríamos (en plural, entre todos los agentes que estamos involucrados hoy dentro de este programa de EPS) mejorar este programa?
- ¿Evaluáis lo que ponéis en práctica? ¿Qué necesitaríais? ¿Propuestas?

CIERRE DEL GRUPO

Retroalimentación: resumen de lo hablado durante el café, buscando la confirmación de lo que se ha concluido. Si alguien quiere añadir algo más o puntualizar cualquiera de los temas abordados previamente.

7.3. Carta a los colaboradores

Hola a todos,

Desde la Universidad de Zaragoza y, más concretamente desde el Grupo de Investigación de referencia Educación Física y Promoción de la Actividad Física (EFYPAF) junto con el Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES) estamos poniendo en marcha la realización de un proyecto de innovación (I+D+i) en la Comunidad Autónoma de Aragón. Dicho proyecto trata sobre el programa de Escuelas Promotoras de Salud (EPS) de nuestra comunidad autónoma y, más concretamente, sobre cómo evaluar estos programas.

El proyecto que se presenta pretende favorecer las sinergias entre los activos en la salud que nos permitan diseñar, ejecutar y evaluar proyectos institucionales de promoción de la salud por el Gobierno de Aragón. Para su desarrollo, se ha coordinado un equipo multidisciplinar con amplia experiencia en el diseño, implementación y evaluación de programas de promoción de la salud, en diferentes sectores de nuestra Comunidad Autónoma.

La puesta en práctica de este proyecto permitirá diseñar una herramienta que permita facilitar la integración y acreditación a la Red de Escuelas Promotoras de Salud, así como la realización de una evaluación sistemática a partir de los informes anuales que se solicitan a los centros escolares pertenecientes a la RAEPS. En líneas generales esta herramienta proporcionará datos relacionados con determinantes de la salud (actividad física, convivencia, prevención de consumo de sustancias, alimentación...).

Asimismo, el desarrollo de esta herramienta permitirá disponer de información de manera continua a la administración, además de datos relacionados con dichas variables al equipo investigador. La herramienta web pretende recoger información y emitir informes tanto para la administración como para el propio centro educativo que permitirá conocer el grado de aplicación e incidencia del proyecto llevado a cabo.

No obstante, para poder llevar a cabo todas estas acciones es imprescindible para nosotros conocer qué piensan los diferentes agentes que forman parte, intervienen o han intervenido en las Escuelas Promotoras de Salud sobre este tipo de programas. Para ello y de ahí el motivo de esta carta, nos encantaría poder contar con cada uno de ustedes para elaborar un grupo de discusión de unas 8-10 personas (con representación de agentes de la administración educativa, sanitaria, profesores, maestros, coordinadores de proyectos EPS, profesores que ya no formen parte de EPS y miembros de la universidad).

En dicho grupo de discusión se abordarían diferentes enfoques y necesidades sobre las propias EPS, (qué funciona mejor, qué está funcionando peor, dónde se puede mejorar, percepciones de cada uno de los agentes, qué se necesitaría y que ahora no hay...) en definitiva, qué es lo que le pediríais a esta futura herramienta que vamos a diseñar.

Muchas gracias por su atención. Esperamos contar con su presencia para la realización de este grupo de discusión. Ante cualquier duda, háganoslo saber a cualquiera de nuestras direcciones de correo.

Un saludo,

Javier

7.4. Transcripción grupos de discusión

7.4.1 Grupo de discusión Zaragoza

FECHA: 10/5/2019

DURACIÓN: 74 MINUTOS (1 HORA Y 15 MINUTOS APROXIMADAMENTE)

MODERADOR: JAVIER RODRIGO (M)

PARTICIPANTES Y NOTACIÓN:

- SARES (S1)
- SARES (S2)
- PROFESOR EF EPS (EF)
- UNIVERSIDAD (UZ)
- COORDINADOR EPS (C)

TRANSCRIPCIÓN:

M: ¿Cuáles han sido vuestras motivaciones para participar en la Red de Escuelas Promotoras de Salud?

EF: En mi caso como profesor de educación física siempre lo he visto como una forma de promocionar la salud. Lo vi como una oportunidad de recibir recursos y de conectar con otros compañeros que comparten el mismo objetivo, y algo interesante de lo que poder sacar cosas positivas para mi alumnado.

S2: En mi caso es una de las líneas de trabajo que tenemos en salud pública en el SARES y entendemos que es una línea en la que pueden ser integradas aquellas escuelas en las que entienden la salud como un valor prioritario. Mediante el proyecto educativo de centro pueden involucrar al alumnado en la promoción de la salud.

UZ: En mi caso, durante la realización de mi tesis doctoral realizamos un programa de intervención en un instituto de Huesca en el cual uno de los objetivos era promocionar la actividad física y el bienestar en los docentes. Fue mi primer contacto con las EPS y lo considero importante para conectar el contexto universitario con los propios centros educativos.

C: Yo ya no sigo en activo como docente, pero trabajé en esta red de EPS durante varios años. Tomé conciencia de que había que trabajar la salud en las escuelas cuando empecé a trabajar como maestro en los años 70 en un pueblo. Concretamente, los niños no sabían lo que era AF ni educación sexual ni apenas ninguna noción sobre determinadas enfermedades evitables con acciones de prevención. Yo me inicié por estilo de vida educativa, puesto que a lo largo de los años he trabajado con minorías en muchos contextos y colegios diferentes y siempre he priorizado la salud sobre el resto de aprendizajes que se dan en los centros. En mi caso, que he ejercido como docente de lengua castellana, siempre me ha parecido más importante mi implicación en temas de salud que los propios conocimientos sobre esta materia. Esta serie de inquietudes te llevan a tener que coordinarte con alguien más, puesto que si quieres realizar cambios por tu cuenta y actúas como un lobo solitario estás abocado al fracaso. Y luego todos los centros en los que he estado han salido diferentes programas de promoción de la salud, desde los primeros programas de los años 80, hasta la creación de la REPS en 2009.

S1: Yo también trabajo en salud pública y nuestra idea es apoyar a los centros educativos a que sean promotores de salud. Porque es un lugar muy importante. Entonces las EPS te aportan un enfoque global de la salud, porque a veces llegan muchos temas fragmentados y la escuela da la sensación que debe resolverlo todo y no llega. Por tanto, la idea es dar un marco globalizador que integre todo lo relacionado con la salud y el bienestar de la comunidad educativa. Siempre hemos visto que eso era ir un paso más allá que hacer programas o recursos, sino que el cambio fuera interno, endógeno, que el propio equipo de profesores asumiese eso y que no recurriera a apoyos externos, sino que ellos mismos vieran como pueden trabajar la salud con la convivencia y con los recursos que hay en el centro.

M: ¿qué evolución habéis observado en vuestro centro o centros desde vuestra participación en la REPS?

EF: Yo personalmente, el centro en el que lo he desarrollado varios años, se creó un equipo, se trabajó y hubo mucha consciencia, pero al final, por las características del centro no cuajó. Hubo cosas que sí que han quedado, pero no hubo la constancia esperada. El problema era que el grueso del trabajo recaía sobre una persona, en este caso sobre mí, y era imposible abarcar todo lo que planteamos en un inicio, teniendo en cuenta además mi propia jornada laboral.

S2: Desde 2009 que se inició éramos muy pocos y actualmente somos 178 escuelas. Ahí se ha visto que la gente está motivada y tiene ganas de estar en la red. Hay una serie de beneficios compartidos. Por una parte, los centros que se les reconoce que están trabajando por la salud y por otra parte, nosotros podemos proporcionar ese apoyo con materiales, recursos y subvención. Cada vez los centros están apostando más por la salud. Antes los proyectos eran actividades más aisladas y, mediante la Red actual hay una gran cohesión de alternativas y actividades saludables. Vemos que la evolución en cantidad está bien y en calidad, todo indica que va por la misma senda, sin embargo, necesitamos más estudios y ayudas para poder evaluarlo de forma completa.

S1: Esta es una línea que llevamos desde hace casi 30 años. Trabajar juntos salud y educación, tener en cuenta las necesidades del centro y no centrarnos en hacer campañas. Las necesidades del centro deben ser las locales, las del barrio, el papel del profesorado es protagonista y de alguna forma todo esto se ha intentado reflejar desde el programa experimental. Lo que pasa es que el programa experimental no se extendió con la LOGSE. Hubo centros que hicieron modelos propios, pero la extensión no funcionó. Por tanto, tuvimos que diseñar nosotros unos programas de salud para apoyar aquellos temas de salud que no estaban bien abordados desde el currículum o que desde el currículum se abordaban desde un aspecto muy académico. Porque veíamos que los aspectos más importantes son actitudinales, cultura escolar, currículum oculto, etc. por tanto empezamos a realizar materiales desde el mítico Almarabuz, a otras actividades como Cine y Salud, etc. y todo eso ha convivido con una corriente de que viene alguien de fuera para hacer esto (charlas y talleres de ONG que intentan explicar esto) que no está mal, pero se quedan en situaciones aisladas.

Creo que por un lado es muy importante la concepción de salud (la gente aún piensa que es tarea de los sanitarios) y entonces yo creo que ha costado mucho que el profesorado asuma que es una tarea dentro de su rol educativo. El concepto de salud hay sitios en los que sí que se ve su globalidad, pero sigue habiendo centros y profesorado que aluden que no son sanitarios y no se meten en estos programas. En secundaria se ha visto muy claro que existe esa necesidad de realizar estas acciones. Sin embargo, en centros donde no existe apoyo de la dirección es muy difícil hacer un proyecto sólido y que este proyecto se integre dentro del Proyecto Educativo de Centro. Hay muchas Escuelas Promotoras de Salud, pero a veces no existe un movimiento o un grupo que dinamice, conecte o ayude a estos coordinadores. La idea es que hubiese un equipo o un grupo que dinamizase, porque si no el proyecto languidece.

S2: Por alusiones y seguir completando el tema, uno de los requisitos es la colaboración con el entorno. Sí que ahora se está viendo la idea de que exista una coordinación con el centro de salud para apoyar la formación del profesorado y de las familias. Es una labor de varios años y de estar un poco encima por parte de los 500 compañeros que coordinan estas Escuelas Promotoras de Salud.

UZ: Mi formación tiene una gran relación con la educación. Me formé en CCAFD y Master de profesorado y nadie me ha hablado nunca de una Escuelas Promotoras de Salud dentro de estos planes de estudio. Por lo tanto, invito a la reflexión sobre la importancia de concienciar y formar a los docentes para liderar estos proyectos cuando afronten su trayectoria laboral. Por lo tanto, creo que los planes educativos de educación superior deberían ser modificados incluyendo este tipo de aprendizajes.

C: Yo la evolución en los proyectos en los que he estado podría hablar del IES Miguel Servet, centros con mayoría de gitanos, centros rurales de primaria, etc. Entonces la evolución es diferente en cada uno de ellos, pero sí que ha habido una evolución y un crecimiento muy interesante. Los equipos se han ido conformando con sanitarios, con padres, con chavales e incluso modificando la estructura o el horario escolar. Concretamente en el IES Miguel Servet, empezamos poco a poco porque allí en secundaria y bachillerato, todo el mundo es catedrático, todo el mundo sabe mucha química y mucho de todo, pero en cuanto a la salud nadie se atrevía a dar un paso al frente o no les concierne. Cambiar esa mentalidad cuesta y empezamos con un grupo de personas que éramos afines, posteriormente lo extendimos hacia los tutores mediante la propuesta de actividades sencillas. Los tutores agradecían que les dejásemos material con el que poder trabajar en las sesiones. Poco a poco lo fuimos incorporando al resto de cursos de secundaria y en septiembre realizábamos formaciones a los tutores nuevos. Conseguimos tener una continuidad e incluso animar a algunos padres a que acudiesen a las formaciones. Por otro lado, estuvimos hablando con el centro de salud de Sagasta y ellos en ese momento (hace 20 años) no quisieron colaborar porque consideraban que no iba con ellos. Mi perspectiva general es que todo está cambiando a mejor o, al menos hacia una mayor sensibilización.

EF: Me siento muy identificado con lo que dices porque en secundaria aún se trabaja mucho por departamentos y es cierto que cuesta cambiar conciencias y formas de trabajo. Esto no solo pasa en Escuelas Promotoras de Salud, pasa a la hora de trabajar cualquier actividad o proyecto de centro en equipo. Falta formación y tiempo.

C: Correcto, yo creo que es importante tanto que los equipos como la persona que coordine pueda tener oxígeno o algún tipo de descarga lectiva porque si no es muy difícil continuar o perpetuar estas alternativas y programas. En segundo lugar, la formación. Ahora que estamos en la facultad de educación creo que es necesario volver a incidir en ello. Hay que proporcionar recursos a los profesores para que tengan seguridad suficiente gracias a su formación para afrontar las responsabilidades de este tipo de proyectos.

M: ¿Ahora que ya lo conocéis, hay algo que echas de menos del programa EPS?

EF: Este año no soy coordinador, pero cuando empecé me llamó la atención que no hubiese un programa específico de promoción de la AF. Trabajábamos cine y salud, pantallas sanas... pero sí que me llamó la atención que no se trabajase específicamente la actividad física.

S2: Ahora lo que sí que hay son otros programas que son complementarios como por ejemplo el desplazamiento activo o los recreos saludables. Entendemos que vosotros, a partir de las necesidades que tenga vuestro centro tenéis las herramientas para ponerlos en práctica.

EF: Igual que existen programas que forman al profesorado en determinadas áreas o elementos transversales, creo que debería existir también formación para el profesorado sobre la puesta en práctica de programas de actividad física.

S2: ¿Sabes qué pasa? Que como tenemos también el programa de recreos activos y demás lo dejamos a la imaginación del profesorado. Además, casi siempre sois los de educación física quienes lideráis y coordináis este tipo de programas. En algunas jornadas Escuelas Promotoras de Salud hemos planteado la existencia de un programa más específico de actividad física.

EF: Como comentas, en el caso del profesor de educación física no suele haber problemas. Sin embargo, si nos centramos en el tutor de aula o profesor de otra materia, en este caso no dispone de las herramientas suficientes. Pasa lo mismo que cuando tenemos que dar alguna charla de educación sexual, que nadie quiere darla porque no sabe cómo afrontar esto con los alumnos. Hace falta más formación para que el docente sepa afrontar las necesidades de estos programas independientemente de su área de conocimiento de procedencia.

UZ: También te encuentras como que cuando vas a un centro a realizar una investigación y además a ayudarles con su programa de promoción de la salud te encuentras al profesorado de educación física que está dispuesto a colaborar, pero el resto no tanto. Por lo que para evitar

que se embarque solo en el proyecto, tienes que realizar una formación al resto del profesorado y aun así sigue habiendo reticencias y escaqueos en cuanto a implicación y participación. Por lo tanto, me pongo en la tesitura de otros centros en los que encima no hay esta formación al resto del profesorado y entiendo que el profesor de educación física se puede sentir muy abandonado. Por lo tanto, creo y respaldo lo que dice el profesor de Educación Física aquí presente. Creo que una formación en actividad física es necesaria.

S1: Teníamos planteado esto como un pequeño binomio actividad física y nutrición. Y es verdad que los profesores de educación física lo tenéis curricularmente, varias cosas de la red de escuelas promotoras de salud. Pero el reto que tenemos, obviamente es implicar a todo el centro. Porque tiene que ver con los recreos, desplazamientos... porque tiene que ver con una política de centro. La idea es crear directrices o estándares para que una escuela pueda asociarse a ello y decir, pues cómo lo consigo. Intentar acercarnos a las recomendaciones de la OMS.

Los profesores habéis sido motores de esto, pero también existen diferentes perfiles. Hay determinados profesores de educación física que no contemplan el enfoque de la salud y priorizan más el rendimiento y la competición. Sin embargo, creo que eso está cambiando, hace diez años esto era más acusado.

Pero claro, antes de dar estándares habría que tenerlos muy atados y claros para que puedan ser asumibles por todos los centros. Y para mí lo que más ha faltado es la formación. Es el talón de Aquiles de las escuelas promotoras de salud.

C: Además los departamentos de ESO siguen siendo muy endogámicos, puesto que sigue siendo difícil que algunos profesores cedan terreno en sus asignaturas o que se encarguen o asuman determinadas responsabilidades que a priori no consideran que vayan con ellos.

Introducir algo general es muy complicado. Es decir, decirle a un centro que a partir de mañana es una Escuela Promotora de Salud, aquí tenéis el currículo, tenéis tal y cual y el programa no funciona. Tiene que funcionar el de abajo y el de arriba (alumnado, profesorado y administración) y no es lo mismo un contexto que otro, ni una zona rural que otra urbana.

S2: Y no es lo mismo un proyecto con un coordinador de educación física que otro tipo de coordinador.

M: ¿qué opináis del papel de las familias en las EPS?

S2: Al principio no había nadie de las familias que participase dentro de los equipos de Escuelas Promotoras de Salud o que acudiese a charlas y formaciones, pero recientemente estamos viendo que participan. Dentro de las Escuelas Promotoras de Salud es uno de los criterios que tenemos, que haya relación con las familias y actividades conjuntas.

En primaria por ejemplo sí que hay más participación y proactividad de las familias. Sin embargo, en secundaria es más difícil involucrar a este colectivo en las actividades y dinámicas que se realizan en las Escuelas Promotoras de Salud. Es lo que vemos nosotros en los informes que nos pasan, pero tampoco tenemos una relación de seguimiento con las propias familias, si con el alumnado.

EF: En nuestro centro conseguimos que se involucrasen mucho con el tema del almuerzo saludable. Pero más allá de eso poca cosa. Recuerdo que con la bicicleta también hicimos una jornada en la que también se animaron a venir y a acompañarnos. Igual que a nosotros nos falta formación, a los padres que vienen de ambientes muy diferentes, obviamente también les falta mucha formación.

C: Es muy difícil involucrar a las familias, tanto por falta de tiempo como por falta de formación. Una de las opciones que planteamos en uno de los institutos que estuve fue hacer una escuela de padres, en la que se les formaba con los intereses del proyecto educativo de centro y por tanto, se aprovechaba para introducir aspectos saludables. En primaria es más fácil ponerla en práctica que en secundaria.

S1: Habría que ver también en qué medida los centros educativos abren las puertas a que las familias entren dentro. Y en una tradición de cierto enfrentamiento entre profesorado y familias, existe una separación como si hubiese una línea divisoria, cuando en realidad deberían ser aliados. Yo me acuerdo como padre que en las reuniones de principio de curso solo hablaban del régimen disciplinario... cuando no digo que expliquen el currículo de historia, pero si los objetivos que quieren alcanzar, o el plan de acción tutorial. Creo que hay objetivos de salud que se pueden pactar con las familias, pero todo depende de los cauces que haya (reuniones principio de curso, reuniones AMPA, comunicaciones en el blog...) igual se podrían explorar más. Deberíamos ver a las familias como aliados, porque es en casa donde comen y donde hacen todo.

UZ: Relatando un ejemplo de una investigación en centro EPS reciente, después de hacer una formación con tutores en hábitos de sueño, alimentación, sexualidad, actividad física, etc., al

final de curso realizamos una excursión al Ibón de Estanés. Y después de haber hecho toda esta formación en hábitos nutricionales, muchos de los alumnos llevaban en la mochila un kas de naranja, un zumo... y habíamos intentado implicar a las familias. Pero lo que dices, había una falta de conexión o implicación de muchas familias que había frustrado esa parte del proyecto, pero es que al final los que hacen la compra son los padres y madres.

A lo largo del curso académico se les fueron mostrando informes sobre los avances del proyecto, que es lo que se pretendía etc. más que formaciones se dieron informaciones a las familias. Sin embargo, no conseguimos la implicación esperada. Es un ejemplo claro de la separación del binomio familias-escuela.

C: También hay que recalcar que hay un sector del profesorado que a los padres no los pueden ni ver y que los quieren cuanto más lejos mejor. De hecho, en los claustros suele haber enfrentamientos sobre si implicar o contar más o menos con las familias. Con lo cual también quiero destacar el papel que tenemos aún de mejora como docentes.

M: ¿Habéis encontrado dificultades para evaluar el programa como profesores, coordinadores y gestores a partir de los que la Red de Escuelas Promotoras de Salud facilita?

EF: A mí me parecía útil y que abarcaba un poco todo. Además, permitía hacer una reflexión cualitativa del año. Sin embargo, creo que para determinar todo lo que se ha conseguido o se ha dejado de conseguir es muy difícil. En ese caso creo que aún haría falta darle cuatro vueltas, ya que no es sencillo evaluar el impacto que ha podido tener en todo el alumnado del centro. Además, los cambios que pueda haber seguramente estén más determinados por otros factores como ambientales, familiares, de maduración, actitudinales que solo por lo realizado en el centro escolar.

Observas y puedes valorar diferentes cosas, pero no creo que sea ni necesario ni realista intentar valorar de forma técnica y precisa.

S2: Nosotros tenemos la herramienta que conocéis, que seguramente no será la más maravillosa del mundo, pero nos permite evaluar el porcentaje de centros que hay, qué es lo que trabajan en sus áreas los propios centros, y los determinantes. Tenemos una serie de datos que podemos manejar y nos da unas orientaciones sobre las escuelas, la satisfacción del profesorado... claro, es lo que nos pone, luego ya quiero decir, ahí entran otros factores.

C: Coincido en que es muy difícil evaluar todo lo puesto en práctica en el propio alumnado. Sin embargo, es interesante que el profesor o equipo directivo detecte que es lo que le ha costado más o sus propias dificultades a la hora de implementar las propias actividades. Otra forma puede ser recoger las propias impresiones del alumnado ya que esas impresiones seguramente será lo que perdure. Cuando eres profesor, como en mi caso de lengua y literatura, hay cosas que pones en práctica que no sabes si van a ser eficaces y creo que con la salud pasa lo mismo. Puede ser que haya actividades o dinámicas que se recomienden por parte de la red pero que aplicadas en tu centro o en un entorno con características determinadas no consiga ser tan eficaz o no tenga ningún efecto.

S1: Yo creo que una de las cosas que se pide es que la evaluación este integrada dentro de las evaluaciones que realice el centro. No tiene que ser una evaluación excepcional y tampoco tiene sentido evaluar haciendo exámenes. Con lo cual, en este sentido, el profesorado hace mucha evaluación a partir de la observación y a los métodos cualitativos como los comentarios de chavales, grupos de chavales.

Aunque coincido en que sí que se necesitarían renovar o promocionar nuevos métodos o formas de evaluación para no basarse únicamente en la observación. Por ejemplo, mediante cuestionarios online, sin embargo, también está considerado que hacer una encuesta podría ser considerado intervenir. Con esto me refiero a que hay ocasiones en las que se ha preguntado a las familias por la dieta o lo que se come semanalmente y ya solo por eso las propias familias modifican sus menús y comidas durante ese tiempo.

Si hay herramientas mejores para analizar esta información sería interesante incluirlas. Por lo tanto, si cada año se va detectando mejoras en los informes que vamos recogiendo, creo que estamos avanzando en el buen camino.

M: ¿Cómo creéis que podríamos entre todos mejorar esta red? ¿Algo que no haya aún y que debería haber?

EF: Podríamos crear grupos de trabajo o formaciones conjuntas para aportar recursos a los diversos profesionales. De esta forma podríamos desarrollar recursos útiles para los profesionales en el tiempo. Por otro lado, creo que un reconocimiento lectivo de estas competencias que, al menos en EF trabajamos para la red de EPS. Esto además de un desahogo para el docente a nivel curricular, permitiría hacer mayor énfasis en estas actividades y aprendizajes.

También creo que el tener algún tipo de plataforma en la que cada escuela pudiese consultar vídeos, información e incluso normativa y compartir experiencias con otras escuelas sería muy beneficioso.

Por otro lado, también creo que sería importante ayudar al SARES y desahogarles de parte de la carga evaluativa porque parece que el SARES tiene que llegar a todo y eso no es así. Todo ello teniendo en cuenta que cada vez somos más escuelas promotoras de salud.

S2: Estoy de acuerdo también. El tema de formación y recursos al profesorado es prioritario. Y es algo que tenemos presente desde hace tiempo, sin embargo, debido a las limitaciones económicas y de personal es muy complicado llevarlo a la práctica.

También tengo que decir que cuando hacemos las jornadas anuales, no veo mucho interés de los centros en cuanto a comunicarse los unos con los otros, a preguntar por las experiencias que se realizan etc. ya que pese a no tener una herramienta o plataforma de comunicación si que están al alcance de todo el mundo los números de teléfono, con lo que no sería complicado ponerse en contacto con cualquier centro de forma directa. Al hilo de esto, veo que somos una red que cada vez es más grande y que está en continuo crecimiento. Sin embargo, no veo que los centros tengan ese concepto de pertenencia a una red ni que la sepan aprovechar correctamente. Obviamente quizá también es culpa nuestra por no saber transmitir las ventajas que esta puede tener.

S1: Ahí está la idea de crear encuentros zonales y por barrios en las cuales se puedan coordinar esos centros y los recursos comunitarios o los propios centros de salud. Igual se puede hacer un proyecto de barrio. Por ejemplo, en las fuentes hay un proyecto que se llama vive el barrio y allí hacen un tema de actividad física todos los colegios e IES del barrio (primaria y secundaria) y así se conocen. La coordinación entre colegios es hacia donde tenemos que enfocarnos.

S2: En Parque Goya eso ya existe también, sin embargo, es determinante que haya un mayor aporte de experiencias de cada uno de los centros que participa o se enfoca en los proyectos EPS. Desde el SARES no llegamos a todo.

S1: Necesitamos un sistema de comunicación que facilite el intercambio entre los centros. Como si fuese una red social mediante la que poder comunicarse fácilmente y sin intermediarios.

UZ: Yo lo que veo es que tiene que haber mayor comunicación entre los centros, especialmente entre los docentes. Si ya se pudiese hacer hasta redes de comunicación por

áreas específicas (actividad física, bienestar emocional, alimentación, educación sexual...) en que los centros estuviesen interesados sería lo mejor.

S2: El problema es que hay centros que tienen y hacen experiencias y cosas chulas y no lo cuentan, o no consideran que sea importante contarlos, darle difusión o enviarlos al blog de EPS. Con que una sola persona de cada centro hiciese esa labor de contar lo que hacen en unas 200 o 500 palabras sería suficiente. Para ello, hay que conseguir hacer énfasis en el desarrollo de una red o plataforma que fuese fácil de usar y de interactuar.

UZ: A mí se me ocurre la idea de animar a contar en 140 caracteres o un tweet lo que hacen, o mediante un hashtag. E incluso Instagram.

EF: En secundaria o tienes Instagram o no eres nadie. Los alumnos están obsesionados con esta red social y con interactuar mediante esta plataforma. Quizá la próxima jornada EPS debería ser sobre cómo creamos una red.

S2: Estamos en lo mismo, cuando lanzamos el blog de EPS teníamos que ir detrás de la gente para que hiciese alguna publicación. Y desde el SARES no somos el personal suficiente para realizar nuestras labores y además perseguir a los responsables de los 178 centros de la comunidad autónoma. Contactando incluso con algunos docentes nos han verbalizado que no se sienten suficientemente competentes para redactar un post relacionado con las temáticas, especialmente si los coordinadores no pertenecen al área de educación física, ya que no se sienten con las suficientes herramientas para poder hablar de la actividad realizada en cuestión.

Por lo que ya lo hemos ido dejando y ahora solo colgamos en los blogs determinadas acciones puntuales que algún centro nos envía o alguna de las acciones de la que nos enteramos de casualidad y obviamente sobre las jornadas anuales de EPS.

EF: Claro, pero eso me choca con la ilusión que tiene la gente cuando entra en el programa de EPS o cuando acuden a las jornadas EPS.

Yo lo que veo es que no es tanto problema de la red de EPS sino de la organización de los propios centros e institutos, lo que hemos comentado previamente de la interinidad y de que sigue siendo difícil que cada departamento se abra a participar con otros.

S1: Existe un gran problema de comunicación interna dentro de los propios centros, ya que hay EPS en las que parte de su profesorado no sabe que lo son, o su alumnado o las familias. Desde la Red Europea de EPS se da mucha importancia a la comunicación, tanto a la interna

como a la externa del centro. Si consiguiésemos corregir este aspecto mejoraríamos la pertenencia, que es lo que falla actualmente, el sentimiento de pertenencia a la red EPS (puesto que solo está enterado el coordinador y 3 más). Mejorar la cohesión y pertenencia dentro del propio centro.

Además de esto, a mí me parece muy importante trabajar el ambiente físico y el ambiente social dentro del centro escolar. Es decir, actividades o propuestas de la EPS en la que se promueva que los chavales se sientan bien en el centro y la relación con el entorno.

Todos los temas de salud relacionados con el bienestar emocional cada vez son más importantes, por lo tanto, incidir en que los chavales puedan desarrollar también ese sentimiento de pertenencia y de estar a gusto.

C: Pero para favorecer eso, lo importante es que el propio profesorado esté a gusto dentro del centro. Si no lo veo muy difícil que lo puedan transmitir a los alumnos.

Para mí lo importante es la formación. Seminarios o actividades complementarias para todo el profesorado, e incluso formación transversal entre niveles (infantil, primaria, secundaria y bachillerato).

E incluso que en todos los másteres de secundaria se pusiesen sobre la mesa este tipo de programas o formación para que cuando tengan que llegar al ejercicio profesional no les suene a chino o no tengan ni idea de que van.

Luego los equipos y la comunicación en los centros eso hay que cuidarlos porque si cada año se cambia de gente es imposible mantener un proyecto estable. No sé si os acordáis que además hace unos años existía la figura de un animador deportivo o un apoyo para determinadas clases o para educación física. Con una figura de apoyo sería mucho más fácil, sin embargo, debido a las limitaciones económicas se eliminó.

Por otro lado, otra forma que veo muy importante para cuidar a los encargados de coordinar estos programas es facilitarles la gestión mediante el alivio o descarga horaria de docencia. Esto es muy simple no se puede estar a todo y si uno tiene que dar sus horas de docencia, de tutorías, preparar clases, corregir trabajos y exámenes y además gestionar, es normal que nadie quiera coordinar programas ya que no es fácil ni rentable para el docente. Entonces quizá sea ese el aspecto que más falle y no la propia red EPS.

S1: Claro, luego está también el tema de la institucionalización y movilidad del profesorado. Que, con las altas tasas de interinidad, el gran movimiento que hay de docentes a nivel rural... es muy difícil que se sostengan los proyectos en el tiempo.

C: Es un aspecto que deberíamos mejorar en relación a otras familias profesionales como por ejemplo la medicina o la enfermería, donde allí está mucho más regulado este tipo de condiciones laborales y horarias.

7.4.2. Grupo de discusión Huesca

FECHA: 15/5/2019

DURACIÓN: 84 MINUTOS (1 HORA Y 20 MINUTOS APROXIMADAMENTE)

MODERADOR: JAVIER RODRIGO (M)

PARTICIPANTES Y NOTACIÓN:

- SARES (S)
- INVESTIGADOR (I)
- PROFESOR EF EPS (EF)
- UNIVERSIDAD (UZ)
- COORDINADOR EPS (C)
- CPR/CIFE/FORMACIÓN PROFESORADO: F
- EDUCACIÓN (E)

TRANSCRIPCIÓN:

M: ¿Cuáles han sido vuestras motivaciones para participar en la Red de Escuelas Promotoras de Salud?

S: Trabajo en salud pública y la iniciativa la coordinamos entre una compañera de la UPE y dos personas desde el SARES. Llevamos desde el inicio y además de gustarnos como proyecto/red forma parte de nuestro trabajo.

F: Yo trabajo en formación del profesorado y directamente no trabajo con este tema de Escuela Promotoras de Salud, pero me parece muy interesante porque creo que podríamos crear sinergias o iniciativas en común.

I: Yo trabajo en la universidad y llevamos años con la preocupación de la promoción de la actividad física y la salud muy convencidos. Directamente no estoy involucrado en ninguna escuela o instituto, pero sí que entendemos que las Escuelas Promotoras de Salud requieren de estrategias de formación de profesorado, reforzar lo que se está haciendo a través de la

investigación donde nosotros podemos aportar y es un poquito la línea de trabajo que llevamos. Además de la motivación que tengo para poder aportar a esta charla.

EF: como profesor de educación física, primero porque está en el currículo y segundo porque soy un convencido de trabajar la salud en la escuela pues vi la convocatoria un año y luego en unas jornadas también nos lo explicaron y era una forma diferente de trabajar. Aglutinábamos lo que estábamos haciendo con las áreas de biología, matemáticas y Educación Física y lo pusimos en un documento. Esta certificación además viene bien para el centro, le da prestigio y lo implantamos en Barbastro. Posteriormente me trasladé a Huesca y en el IES Ramón y Cajal, el año pasado decidimos incorporarnos también a la red. Y además engancha para seguir trabajando y dándole vueltas a cosas nuevas por no quedarte simplemente en la certificación. La motivación principal es que está muy relacionado con nuestro contenido o con uno de los más importantes.

UZ: En mi caso particular realicé una tesis doctoral en la cual realizamos un programa de intervención escolar en el IES Sierra de Guara, que es centro Escuela Promotora de Salud. No soy miembro del grupo que la coordina, pero fui un agente externo que participó prácticamente durante un año como un profesor más con ellos. Entre mis motivaciones para participar fue que creo firmemente que, si se les transmite desde pequeños una serie de hábitos y un estilo de vida saludable, podrán ser más saludables y tendrán conocimientos sobre ciertas cuestiones cuando sean mayores.

C: En mi caso, trabajo en San Viator, somos Escuela Promotora de Salud desde hace ya varios años y tenemos el firme convencimiento de que hay que ir más allá del currículo, no solo enseñar lengua y matemáticas sino educar personas para el futuro. Aglutinando parte del colegio (patio y club deportivo) y actividades que se hacen con la AMyPA y que todo gira en torno a la salud y al desarrollo personal e integral del niño.

E: Yo tampoco estoy ahora en un centro educativo, pero estando de directora del servicio provincial me toca estar al frente de todos los programas educativos y este es uno más de los que se pone en práctica. Entre los diferentes asesores se reparten varias áreas. Pero a mí personalmente y como docente me parece muy interesante e importante este programa en concreto. De hecho, en el centro donde tengo mi plaza, somos Escuela Promotora de Salud. Me parece que es una gran forma de encauzar todo lo que se hace en un centro escolar, porque si no hay otras ocasiones en las que si las iniciativas o programas que se ponen en práctica, no están relacionadas se van diluyendo y no tienen el efecto esperado. Creo que hay que ser ambicioso por parte de los centros y no quedarse únicamente en la certificación que se otorga.

M: ¿Qué evolución habéis observado en vuestro centro desde vuestra participación en la red de EPS? Positivas o negativas, lo que sea.

S: Bueno no es cuando empezó porque empezó antes de formar la red. Había ya centros previamente que estaban dentro de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud o formaban parte de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). Con lo cual, antes de 2008 o 2009 que es cuando nacen las Escuelas Promotoras de Salud ya había experiencias en centros que marcaban o trazaban un camino colaborativo de salud y educación. Había centros que ya trabajaban con metodologías, estrategias y formas de evaluación.

Una vez que se configura la Red de Escuelas Promotoras de Salud, en lo que más nos hemos beneficiado todos es en el enfoque. No trabajar de manera temática los consumos de drogas, sexualidad, actividad física o alimentación sino esa forma de pensar en la salud de una forma más global y holística. Aunque eso ha ido en detrimento de otras cosas como por ejemplo la falta de vinculación con los CIFE y CPR, puesto que antes nos apoyábamos bastante más en esas formaciones. Con los recortes de la crisis se perdieron opciones que eran buenas. Por lo tanto, nos volcamos en la red, en esa forma de trabajar más global, poniendo menor énfasis en programas y formación. El número de centros pertenecientes a la red se ha multiplicado por 3 en los últimos 10 años. Sin embargo, la participación en programas de salud ha caído en picado. Un ejemplo es cine y salud, donde hace 10 años, el 90% de centros había trabajado en este programa.

Finalmente, creo que la evolución ha sido muy buena, pero creo que todavía va a ser mejor. Puesto que en otros ámbitos también se están haciendo iniciativas similares en forma de Aprendizaje-Servicio o el tema de la salud en los barrios. En Zaragoza ha cuajado bastante bien y en Huesca está en vías de desarrollo. Permitirá conectar a más gente fuera de la escuela con lo que es la preocupación por la salud y la promoción de ésta.

EF: Lo que decías ahora de la evolución del tratamiento de los programas de los CPR me parece muy interesante y yo creo que hemos hecho un poco de la necesidad virtud. Antes no se valoraba la red de formación, pero ahora estamos viendo que hay que adaptarse al momento. Tenemos que hacer una formación que se adecúe al s.XXI. Tenemos que adaptarnos además a las características del nuevo tipo de alumnado.

EF: Yo creo que en la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud lo que está fallando es la propia red. Porque cada vez hay más escuelas y cada vez más gente se suma a ello porque

es relativamente sencillo y todos queremos trabajar la salud. Pero yo por ejemplo no sé lo que hacen en el IES Sierra de Guara a no ser que me plante allí o pregunte a algún docente. Falla un poco que estemos más interconectados como una verdadera red en la que se expliquen las iniciativas o actividades que cada uno pone en práctica.

Creo que al inicio cuando se creó el blog se intentó ir por esa línea, sin embargo, actualmente no ha habido continuidad por parte de todos, tampoco quiero poner el enfoque en un sector en particular. Es necesario que sobre todo los que saben coordinar o ya han coordinado más proyectos de este tipo durante más tiempo lo compartan con los más noveles o los que demanden ayuda. Porque al menos nosotros a veces vamos dando palos de ciego y vamos probando actividades y alternativas que no sé hasta qué punto son las más indicadas, aunque suelen salir bien.

Por otro lado, la administración nos tiene que dar la herramienta para conectar con el centro de salud. Para que así pueda venir la enfermera algún día o cuenten o den alguna charla a las familias y se pueda relacionar de forma más directa la salud y la educación. Nosotros hemos hecho un encuentro de este tipo y estamos contentos, pero no sé hasta qué punto se puede continuar.

E: Hay una especie de ley relacionada con la administración de medicamentos en la cual se permite que la enfermera o el pediatra acuda al centro escolar para poder dar charlas o incluso poner alguna medicación ya que no es competencia del docente. Sin embargo, creo que lo que comentas va más por una línea de promover la salud que no de intervenir mediante medicación. Creo que además hay dotación extra de horas.

EF: Claro, porque cuando escuchas las experiencias del Pio XII, todo está muy bien, pero es cuestión de voluntad por parte de los profesionales que están trabajando allí y no existe una compensación horaria, al menos para docentes. Por otro lado, si queremos que vengan a dar una charla al centro, normalmente solo pueden venir a partir de las 13:30 horas que es cuando no tienen citas en el ambulatorio y si hubiese algún tipo de regulación sí que podrían adaptarse mejor a los horarios del alumnado.

S: Obviamente esto es como todo, igual que cada centro escolar funciona diferente, en los centros de salud ocurre lo mismo. Por ejemplo, hay centros de salud en Huesca en los que para poder venir a jornadas del SARES o ir a algún centro, la jornada laboral se la cubre un compañero, por lo que es viable. Y no es un favor de un compañero de trabajo, sino que en los

centros de salud está regulada una estipulación horaria para actividades de promoción de la propia salud.

EF: Otro de los aspectos que me había apuntado es sobre la evaluación. Porque no sé si es del todo correcta o está sistematizada porque hacemos cosas que no sé hasta qué punto están en seguimiento. Por ejemplo, hacemos talleres de cyberbullying o de educación sexual y luego te encuentras con que sigue habiendo situaciones de bullying en el centro, o te viene una chica y te dice que no sabe si se ha quedado embarazada. Algo o no termina de ser correcto o hay que valorar qué cosas son más efectivas. Entonces no tenemos a nadie que nos diga oye este es el cuestionario o el informe para orientarte o saber si vas por buen camino. Estamos un poco navegando por donde podemos cada centro.

S: La evaluación es una pata que suele cojear siempre. En promoción y en otras tantas cosas de la educación.

I: Respecto a la evolución que ha tenido esta red de escuelas promotoras de salud considero que ha sido positiva, pero también que es lenta. Especialmente por el poco reconocimiento que tiene la promoción de la salud en nuestra sociedad. Porque tan pronto nos rasgamos las vestiduras con la actividad física y la obesidad, conocemos las evidencias y los beneficios, reconocemos que es muy importante y aun así no somos capaces de darle la eficiencia y generar la eficacia que requiere el problema. Creo que actualmente es un momento crítico y de ahí que coincida con el énfasis que estáis poniendo en lo más importante como es la profesionalidad, la evaluación, el seguimiento etc. sin embargo también entiendo al docente que tiene muchas cosas que hacer ya de por si a nivel profesional en un centro como para tener que ir evaluando más cosas uno por uno o individualizando con cada programa diferente.

Claro, pero es que estamos muchos: CIFE, Universidad, administración, SARES, profesorado, investigadores... estamos tantos de acuerdo que yo diría que es la oportunidad para poder conectarlo todo. Yo diría que es como el proverbio este africano de que para educar un niño hace falta toda una tribu. Que seguramente es alinear correctamente todos los intereses para construir este proyecto y apostar fuertemente.

S1: Estoy de acuerdo en que la red debería tener más consistencia a nivel provincial y en el territorio. No solo a nivel administrativo y en el BOA, la web y en las jornadas. Creo también que falta continuidad en territorios pequeños como pueda ser Huesca. Sí que comparto la

necesidad de que haya un mínimo, un núcleo básico común entre todos en el que reconocernos como red.

C: Considero que la evolución ha sido buena y que además hemos conseguido realizar un vínculo con las familias. Sin embargo, para ello también nos ha costado bastantes años de promover estas iniciativas. Considero que también ha sido más fácil al tratarse de un colegio concertado en el que los padres suelen estar más involucrados en las actividades en que participan sus hijos. A nivel personal, en nuestro centro tenemos bastante vocación en la promoción de la salud, por lo que tiramos bastante de la gente y solemos ser pesados, a cambio pues vienen padres que trabajan en salud a dar charlas o conseguimos colaboraciones de la universidad, etc.

Por otro lado, tengo que ser crítico con el plan de fruta. El día que se reparte en el recreo, depende de la fruta que sea te encuentras mucha fruta en las papeleras o que los niños no cogen y en su lugar traen bollería industrial. Es un conjunto de muchas cosas y la palabra red la pone en el nombre, pero si no fuese por la voluntariedad de los profesionales que están a pie de calle y cara a cara con la situación esto no iría a ningún sitio.

F: Yo soy profesora de educación física, aunque actualmente estoy en el CIFE. Como observadora externa he visto la evolución desde hace años que trabajé en el IES Sierra de Guara. Ya entonces se hacían actividades y existía esa preocupación por la salud, pero no de la forma que está ahora. Considero que ahora está todo más estandarizado e institucionalizado y creo que es más fácil poder aplicarlo o entrar en la dinámica de la red o de lo que se propone en esta.

UZ: A nivel de cantidad de Escuelas Promotoras de Salud desconocía el número y la evolución. Sin embargo, a nivel de calidad no se en que se basan para saber si se está mejorando o no. Lo que sí que tengo la experiencia personal de participar en una de ellas durante un año. Me comentaron lo que hacían antes, ya que en 2012 fueron Premio NAOS y en 2016 vi cambio, puesto que seguimos utilizando ideas que funcionaron e incorporamos algunas más complementarias. En la tesis de Berta estaba centrado en Actividad física y en 2016 decidimos ir incorporando otros aspectos que además son determinantes de la salud dentro del programa Escuelas Promotoras de Salud como son alimentación, sueño, pantallas, sustancias nocivas etc. también veo algo más de concienciación por parte de las familias, pero todavía queda bastante por hacer.

M: ¿Ahora que ya lo conoces, hay algo que echas de menos en el programa EPS?

UZ: Yo creo que la evaluación falta por todas partes. Es decir, que es lo que diferencia a una Escuelas Promotoras de Salud de otra que no lo es. Como solo estuve un año quizá es falta de información, pero cuando estuve allí nadie me habló de ningún tipo de estrategia de medición o algo parecido. Creo que falta una sistematización de las acciones, del registro de estas y de su evaluación.

C: Creo que es lo que se ha comentado previamente, que no se puede depender de que en un centro haya un profesional u otro para que se realicen o no más acciones encaminadas o encuadradas dentro de lo que es una Escuelas Promotoras de Salud.

M: con la pregunta de antes me refería especialmente al tema de las familias, ¿estamos incidiendo o conectando correctamente con las familias?

C: Yo soy tutor de primer ciclo en primaria y generalizar una idea es muy complicado. Hay familias y familias y es difícil darte una respuesta homogénea. Por lo tanto, no puedo generalizar en el papel de las familias, ya que depende también del perfil social de éstas.

Desde el centro se informa, se mandan cartas y se promueven talleres en relación a conductas saludables, sol sano y crema de protección, día de la fruta, etc. el problema es que, aunque prepares una reunión de estas no te vienen 200 familias, ni 100 familias, ni 50 familias. Que mucho se piden iniciativas y luego siempre acaban apareciendo en las reuniones los mismos o, más concretamente, las mismas.

S: En las Escuelas Promotoras de Salud los asuntos no son muy diferentes a lo de la escuela y las familias. En los informes de progreso, con respecto al interés y la valoración de las familias, valorado por parte del coordinador EPS solo hay un 30% que dicen que es bajo. Con lo cual en base a esto hay una parte de casi un 70% que manifiesta que tiene una preocupación o implicación alta. ¿Que luego eso sea la realidad? Es difícil saberlo a ciencia cierta y más aún con 178 escuelas. Tampoco me quedaría solo con la cifra. Con el tema de la participación del alumnado y de las familias es un tema que suele ser mejorable en lo que tiene que ver con las Escuelas Promotoras de Salud. En pocos equipos de trabajo hay niños o niñas que se involucran, al igual que padres o miembros de la familia. Por otra parte, creo que desde el centro los coordinadores tampoco les incentivan a participar e involucrarse.

Creo que es muy difícil medir la implicación.

EF: Creo que el proceso lo conlleva el mismo programa. Los padres están preocupados por las notas de sus hijos en las asignaturas, no es que no les preocupe la salud de sus hijos, que lo estarán, sino que la primera preocupación es otra. Entonces nosotros hacemos actividades, pesamos a los chavales con y sin mochila e intentamos concienciar. Algún padre sí que nos ha hecho saber que le resulta interesante la iniciativa y que le hayamos pasado esos informes. Por otro lado, los padres no suelen involucrarse mucho en la vida del instituto y seguramente no será su culpa sino responsabilidad de todos. Si ves la AMyPA, todos los años son siempre los mismos o prácticamente porque no quiere entrar nadie más.

I: Lo mejor de lo que estamos realizando ahora en el Ramón y Cajal, que es un programa de responsabilidad social en primero de ESO es que el interlocutor para la promoción de la salud es el responsable del centro del programa, que es alguien que tiene interés en esto y que luego puede que no tenga mucha relación con el equipo directivo y que a lo mejor con el resto de sus compañeros tampoco es que lo comente mucho. Y, sin embargo, con los padres, el que realmente dialoga es el tutor, ya que el padre suele estar preocupado en como esta su hijo. Por lo tanto, creo que una propuesta sería poner el enfoque en el tutor como medio con el que acceder a las familias como vía directa, ya que la salud es de todos, no solo del de educación física.

Solamente el hecho de vernos aquí todos y con la sensibilidad que hay ahora, es la opción para hacerlo ahora o nunca. Con la gran cantidad de iniciativas y agentes que están implicados o que se quieran implicar, la iniciativa de “Mira y actúa”, etc. Seguramente hay tantas cosas hechas que no haga falta hacer nada nuevo sino encajar un poco todo lo que ya hay.

E: Con las familias pasa exactamente lo mismo y solemos tener el problema de que lo vemos todo desde nuestros ojos de docente, queriendo que participe todo el mundo. Y a veces, para que uno participe debe sentirse completamente libre para elegir donde puede o debe participar, ya que cada uno sabe hasta dónde puede llegar y que puede dar de sí. Con las familias pasa lo mismo, cuando decías “es que informamos a las familias”, claro la información es eso, pero va más allá. Es yo te informo y en la reunión de principio de curso, en la tutoría colectiva, yo no he oído nunca hablar del programa de Escuelas Promotoras de Salud, lo digo como madre y como docente. Entonces si realmente nos los creemos y pensamos que es importante tenemos que darlo a conocer. Realmente tenemos que trabajar igual que en clase, el alumnado bueno no necesita que nosotros seamos buenos, aprenden solos. Sin embargo, nos tenemos que dedicar al alumnado que tiene dificultades. Con las familias pasa lo mismo, existen familias que también tienen dificultades. Debemos cambiar

esa visión y empatizar un poco más con el ámbito familiar, de esa forma las familias sentirán que ese es su propio hogar.

EF: De todas formas, creo que el horizonte es muy positivo porque delante de nosotros tenemos las nuevas generaciones que tienen otras preocupaciones como sentirse bien, comer bien, ser saludable, hacer ejercicio... y creo que es algo que hace unos años, o al menos en mi generación, nadie se planteaba con su edad. Esos serán padres dentro de unos años y en casa lo inculcarán, por lo que no tendremos que luchar tanto, ya vendrán aprendidos de casa. Estarán preocupados por otros problemas, porque saldrán, pero no tendremos las preocupaciones de la actualidad.

UZ: Personalmente, a nivel de participación hay un cambio brutal de primaria a secundaria. En primaria el alumno no tiene cierta autonomía y, por lo tanto, se ven muchos más padres y madres en reuniones. Nosotros si somos sinceros, en Ramón y Cajal cuando pusimos acelerómetros en uno de los cursos durante una semana planteamos una reunión para que los padres viniesen a conocer los resultados que habíamos extraído de la AF de sus hijos y vino solo una madre de 120 niños. Por lo tanto, seguramente no sea su principal preocupación o la información no llegue correctamente. Y, por otro lado, en el IES Sierra de Guara que también había mucha más información, apenas fue una quinta parte de los padres.

Por otro lado, a esas reuniones van las familias que más preocupadas están, cuando el foco deberíamos ponerlo en las familias que no van, que seguramente serán las más vulnerables o las que menos concienciación tienen.

S: Lo que hay que hacer se sabe, tanto en educación como en sanidad, sin embargo, hay una gran diferencia entre lo que se hace y lo que se piensa o se debería hacer. Por ejemplo, en salud pública, cuando llegan los informes de atención primaria, los sanitarios se dan cuenta que muchas veces han dedicado más tiempo a personas con un buen estado de salud, un buen nivel socio-económico y un mejor estatus o con más recursos que a personas que tienen menos cultura, educación y más necesidades.

Lo principal es poder ser conscientes y después poder hacerlo y saber hacerlo. Y ahí se juntan una gran cantidad de cosas. Para mí la base es la formación y, concretamente la formación presencial. Creo que se ha perdido mucho con la formación online y creo que no aporta tanto o se aprende menos pese a que se pueda llegar a mucha más gente.

I: Creo que se deben tejer una serie de herramientas complementarias en las que se pueda compaginar tanto la formación presencial como la realizada a nivel on-line. Y ahora con el

auge de las TIC habría que darle un poco la vuelta o dar con la tecla adecuada para contribuir además en la difusión.

EF: Nosotros es lo que vamos a hacer, como hemos visto que teníamos problemas en cuanto a difusión hemos realizado unos cambios con los que enviar mensajes directamente al móvil de las familias a modo de alertas para que así sea más fácil que lo lleguen a leer. Tanto para el día de fruta como para cualquier tipo de formación que se vaya a poner en práctica.

F: Respecto a la formación considero que no es blanco o negro y que se debería compaginar presencial y on-line. Actualmente creo que las jornadas que hemos realizado en el CIFE han sido muy productivas para los docentes que han podido participar. Y en relación a la implicación de las familias, estoy de acuerdo con lo que habéis comentado y quizá a lo mejor nos falta escuchar más a las familias y hacer una autoevaluación del profesorado. Concretamente este año me lo pedían por parte de un centro, que viniese alguien para ver cómo podemos implicar a las familias, como podemos implicar a la comunidad educativa, y yo les pregunté que cuántos se iban a implicar del profesorado, a lo que se quedaron un poco parados y me contestaron que eran solo tres del grupo de convivencia.

Es importante también hacer valer a padres y madres sus puntos fuertes y que se involucren en determinados grupos conflictivos como apoyo, ya que suelen escucharlos más que al docente. Todo ello claro con la autorización de los padres. Creo que es importante la auto-reflexión.

M: La evaluación es una parte importante de nuestro quehacer docente. ¿Habéis encontrado dificultades para evaluar el programa o los determinantes de la salud a partir de lo que el programa EPS facilita?

S: El sistema de acreditación creo que es bastante claro, es decir, se especifica lo que hay que hacer y cómo hacerlo. Y creo también que es un sistema relativamente blando ya que hay muy pocos criterios excluyentes. Por otro lado, en cuanto a los informes, destacar que solemos recibir más o menos el noventa por ciento de estos. Destacar que estos informes no son difíciles de realizar y cumplimentar por parte de los coordinadores de Escuelas Promotoras de Salud de los centros y que incluso pueden aportar más información en un apartado de observaciones.

Nosotros anualmente hacemos un informe en base a los determinantes que aparecen en los informes de todas las Escuelas Promotoras de Salud. Claro, la duda es si es una buena

herramienta, para de alguna manera valorar si lo estamos haciendo bien como escuela promotora de salud o lo que estamos haciendo es susceptible de mejora. Por lo tanto, creo que ahí fallamos y la herramienta es limitada.

A nivel de recursos humanos sí que nos cuesta mucho hacer un correcto seguimiento de la evaluación de cada una de las escuelas, porque claro, esto es únicamente un 20% de nuestro trabajo en el SARES. Estamos muy poca gente para hacer lo que en teoría se pretende y no podemos dar un feedback individualizado a todas las escuelas. Porque por ejemplo en Huesca somos únicamente dos personas. Cuando sí que visitamos los centros es cuando se acreditan, porque les explicamos más detalladamente lo que es la red y cómo funcionamos. Depende además de la organización que lleve cada centro, pero no vamos todos los años a supervisar cada una de las escuelas.

Por lo tanto, lo que en verdad es necesario es conseguir una herramienta de evaluación adecuada, que permita desahogar trabajo a los responsables del SARES, permita coordinar completamente a cada una de las Escuelas Promotoras de Salud y ponerlas en contacto de forma eficiente. Los centros deberían tener una herramienta que les aportase información sobre las actividades que se realizan, así como orientaciones sobre si lo que están haciendo está bien y tienen algún resultado.

EF: Yo lo que comentaba de la evaluación lo decía desde un punto de vista egoísta, porque como profesor de EF y coordinador de la EPS no sé si estoy haciendo las cosas bien y me gustaría tener algún tipo de feedback o información sobre si son efectivas estas actividades.

S: Aun así hay más evidencias disponibles de las que proporcionamos a los centros, y ahí obviamente fallamos nosotros. Hay buena documentación sobre cómo trabajar actividad física o alimentación o salud emocional (cuatro o cinco indicaciones sobre cosas que se ha demostrado que funcionan bien).

I: Considero que en este aspecto la labor que podemos aportar desde la universidad es muy relevante. Ya que controlamos todos estos estudios y literatura relacionada con la mejora de estos determinantes de la salud y podríamos ayudar a difundirla. Además, dentro de las propias Escuelas Promotoras de Salud, si lo que necesitáis es diseñar una herramienta con la que poder dar cobertura a todas estas necesidades, creo que lo idóneo es realizar un proyecto común en el que poder involucrar a investigadores en ese proceso y así descargaros a vosotros de estas tareas.

Creo que además falta una sensibilidad sobre cómo conectar estos esfuerzos y vincular el ámbito universitario e investigador a la realidad escolar. Por ejemplo, actualmente están en auge una serie de metodologías de corte más cualitativo que se me ocurre que podrían encajar perfectamente en el diseño de la herramienta. Porque lo que creo que falla es la sostenibilidad de las Escuelas Promotoras de Salud y si consiguiésemos lanzar la herramienta podríamos dar un paso de gigante en este sentido. Creo que se debería avanzar en la dirección de que la red Escuelas Promotoras de Salud fuese cada vez más autónoma y dependiese menos del SARES, que ya de por sí, tiene otras implicaciones y responsabilidades laborales.

S: Estoy completamente de acuerdo, creo que para realizar y sacar todo esto adelante necesitamos el apoyo de la universidad.

E: A mí se me ha ocurrido hacer una propuesta, que es muy similar al Plan de Igualdad de tres años que hemos ido diseñando a lo largo de este curso como formación para realizar en los CIFE. Entonces, de la misma forma se me ocurre plantear un plan de salud. Y tendríamos esa formación en los CIFE para que el centro que quisiese trabajar la salud pudiese tener esa formación. Y ahí podríamos entrar todos (SARES y Universidad). Creo que ese es el primer paso para luego poder evaluar, saber qué queremos hacer primero porque luego sino no podemos hacer un correcto seguimiento posterior.

EF: Yo quería comentar también que uno de los grandes métodos que tenemos los docentes para evaluar es la propia observación y estaría bien tenerlo en cuenta para la herramienta, ya que podemos extraer bastante información de los chavales. Me fijo mucho en cuantos chavales se traen una lata de coca cola para almorzar (aunque va a menos el número en los últimos años), cuantos ves en el recreo que se van a fumar, cuantos están haciendo algo o jugando y cuantos sentados, cuantos conflictos hay, etc.

La segunda parte que me gustaría hacer hincapié es en los centros de salud, que tiene una gran cantidad de datos sobre conductas nocivas de los ciudadanos del barrio, contabilizan las consultas y los tipos de estas o temas de cada una de estas. Por lo que creo que sería interesante que viniesen al instituto y nos dijese a los coordinadores de la red EPS, oye mira: en esta zona o en Huesca, o en Aragón (tampoco hace falta que nos personalice a nadie o zonas concretas si no es posible pero sí una información actualizada) no está llegando mucha adicción al tabaco o nos están llegando conductas de riesgo sexuales importantes, etc. entonces claro ahí ya sabemos dónde tenemos que poner el foco o el énfasis para trabajar desde el centro, e incluso sabemos si tenemos que pedir ayuda a agentes externos u organizaciones porque no somos capaces de tratar o afrontar correctamente ciertas

problemáticas. En definitiva, los centros de salud son un gran indicador de esta faceta o incluso a la hora de dar la voz de alarma en relación a determinados comportamientos.

S: Muy de acuerdo, desde el SARES estamos enfocándonos en esa dinámica con el objetivo de reforzar la comunicación de los centros sanitarios y educativos. Creo también que hay que dar tiempo a la iniciativa y se ha avanzado mucho.

F: Quería retomar lo que se ha comentado previamente a cerca de realizar una futura formación con el posible Plan de Salud. Yo querría añadir que, desde mi punto de vista, respecto a la formación, me parece interesante que se realice un plan estratégico a largo plazo sobre estos temas y no solo dirigido al profesorado sino también a la comunidad educativa.

Creo que hace falta trasladar una visión de conjunto al profesorado en la que se les transmita dónde estamos y dónde queremos llegar el año que viene. Esto lo ideal es que pudiera ser extensible a las familias y al alumnado si estamos en ese punto de partida de sensibilización a todos los agentes de la comunidad educativa. Creo que, en otras comunidades autónomas, en temas de coeducación han apostado por esto precisamente y los resultados ya se verán.

En mi opinión responde muchas de las preguntas que los profesores nos están planteando.

M: ¿Cómo creéis que podríamos entre todos mejorar esta red? ¿Algo que no haya aún y que debería haber?

M: He recogido como apuestas principales de lo comentado a lo largo del grupo de discusión lo siguiente: plan estratégico a largo plazo, plan de salud, red con otros centros con temáticas específicas en relación a los determinantes de la salud, la creación de una herramienta que facilite el seguimiento y el apoyo por parte del SARES y finalmente la interrelación con los centros de salud. No sé si veis que me he dejado algo o queréis aportar algo más.

S: Yo echo en falta dos cosas. La primera es que a nivel autonómico la red está bien configurada y con los recursos que tenemos llegamos, sin embargo, a nivel más provincial no aprovechamos ese tirón y a lo mejor no tenemos la entidad suficiente todavía para proponer y encabezar propuestas sin esperar a lo que nos sugieran desde Zaragoza.

La segunda es la colaboración con la universidad, porque os necesitamos para seguir mejorando y hay varios ámbitos en los que a nosotros por limitación horaria, laboral o incluso de formación nos es muy difícil llegar o no llegaríamos con la misma eficiencia que vosotros.

Especialmente en cuanto a nuevas evidencias, actividades, programas, novedades y descubrimientos relacionados con la salud.

UZ: Yo sí que me acuerdo siempre de la figura que había en los centros antes de la crisis que era la del facilitador, que era una figura que se contrataba con una media jornada y hacía las labores de apoyo en el centro y como vínculo con los CPR, ahora CIFE.

Creo que se necesita actualmente la figura del facilitador o animador socio-cultural que existía antes y que era el cargo que tenía que reclamar un ayuntamiento en coordinación con un centro. El cincuenta por ciento de la nómina la pagaba el centro y el otro cincuenta por ciento el ayuntamiento. Con esta figura podríamos contar con un profesional que sería otra figura más en el propio claustro.

